REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO 780 DE 2016

(6 MAY 2016)

Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la constitución política, y

CONSIDERANDO

Que la producción normativa ocupa un espacio central en la implementación de políticas públicas, siendo el medio a través del cual se estructuran los instrumentos jurídicos que materializan en gran parte las decisiones del Estado.

Que la racionalización y simplificación del ordenamiento jurídico es una de las principales herramientas para asegurar la eficiencia económica y social del sistema legal y para afianzar la seguridad jurídica.

Que constituye una política pública gubernamental la simplificación y compilación orgánica del sistema nacional regulatorio.

Que la facultad reglamentaria incluye la posibilidad de compilar normas de la misma naturaleza.

Que los reglamentos sobre calidad de los productos de que tratan las Leyes 170 de 1994 y 9 de 1979, y los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y 126 del Decreto Ley 019 de 2012, tienen una naturaleza altamente técnica y detallada, requieren de constante evaluación y actualización, y deben surtir un trámite especial de conformidad con los acuerdos internacionales vigentes ratificados por Colombia; razones por las cuales no serán compilados en el presente decreto único.

Que por tratarse de un decreto compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, las mismas no requieren de consulta previa, dado que las normas fuente cumplieron al momento de su expedición con las regulaciones vigentes sobre la materia.

Que la tarea de compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario implica, en algunos casos, la simple actualización de la normativa compilada, para que se ajuste a la realidad institucional y a la normativa vigente, lo cual conlleva, en aspectos puntuales, el ejercicio formal de la facultad reglamentaria.

Que en virtud de sus características propias, el contenido material de este decreto guarda correspondencia con el de los decretos compilados; en consecuencia, no puede predicarse el decaimiento de las resoluciones, las circulares y demás actos

administrativos expedidos por distintas autoridades administrativas con fundamento en los decretos compilados.

Que la compilación de que trata el presente decreto se contrae a la normativa vigente al momento de su expedición, sin perjuicio de los efectos ultractivos de disposiciones derogadas a la fecha, de conformidad con el artículo 38 de la Ley 153 de 1887.

Que las normas cuya vigencia ya se agotó en el tiempo no fueron incorporadas, lo que no afecta las situaciones, obligaciones o derechos que se consolidaron durante la vigencia de las mismas.

Que por cuanto este decreto constituye un ejercicio de compilación de reglamentaciones preexistentes, los considerandos de los decretos fuente se entienden incorporados a su texto, aunque no se transcriban, para lo cual en cada artículo se indica el origen del mismo.

Que las normas que integran el Libro 1 de este Decreto no tienen naturaleza reglamentaria, como quiera que se limitan a describir la estructura general administrativa del sector.

Que durante el trabajo compilatorio recogido en este Decreto, el Gobierno verificó que ninguna norma compilada hubiera sido objeto de declaración de nulidad o de suspensión provisional, acudiendo para ello a la información suministrada por la Relatoría y la Secretaría General del Consejo de Estado.

Que con el objetivo de compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único para el mismo, se hace necesario expedir el presente decreto reglamentario único sectorial.

Por lo anteriormente expuesto,

DECRETA

LIBRO 1
ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

PARTE 1
SECTOR CENTRALIZADO

TÍTULO 1
CABEZA DEL SECTOR

Artículo 1.1.1.1 ***Ministerio de Salud y Protección Social.*** El Ministerio de Salud y Protección Social es la cabeza del Sector Administrativo de Salud y Protección Social y tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud, así como, participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará,

coordinará, regulará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la protección social.

TÍTULO 2
FONDOS ESPECIALES

Artículo 1.1.2.1 ***Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA.*** Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social sin personería jurídica, administrada directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 1.1.2.2 ***Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET.*** Es un fondo cuenta sin personería jurídica administrado directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren en riesgo alto o medio o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud y, las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación.

TÍTULO 3
ÓRGANOS SECTORIALES DE ASESORÍA Y COORDINACIÓN

Artículo 1.1.3.1 Consejo Nacional de Control de ZOONOSIS

(Decreto 2257 de 1986)

Artículo 1.1.3.2 Consejo Nacional de SIDA

(Arts. 47, 48 y 49 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 1.1.3.3 Comisión de Acreditación y Vigilancia de los Laboratorios que practican las pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN

(Decreto 1562 de 2002)

Artículo 1.1.3.4 Comisión nacional intersectorial para la red nacional de laboratorios.

(Arts. 10 y 11 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 1.1.3.5 Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la Ley.

(Decreto 4690 de 2007)

Artículo 1.1.3.6 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en salud.

(Decreto 1730 de 2008 y Decreto 2006 de 2008)

Artículo 1.1.3.7 Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional-CISAN

(Decreto 2055 de 2009)

Artículo 1.1.3.8 Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo del Alcohol.

(Decreto 120 de 2010)

Artículo 1.1.3.9 Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

(Decreto 2968 de 2010)

Artículo 1.1.3.10 Consejo Nacional de Discapacidad.

(Decreto 3951 de 2010)

Artículo 1.1.3.11 Comisión Intersectorial para la Operación del Sistema de Registro Único de Afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y de Protección Social.

(Decreto 540 de 2012 modificado por el Decreto 618 de 2014)

Artículo 1.1.3.12 Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

(Decreto 1071 de 2012)

Artículo 1.1.3.13 Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

(Arts. 10, 11, 12 y 13 del Decreto 2562 de 2012)

Artículo 1.1.3.14 Comisión Intersectorial de Salud Pública

(Decreto 859 de 2014)

Artículo 1.1.3.15 Instancia de Coordinación y Asesoría dentro del Sistema General de Seguridad Social.

(Decreto 2478 de 2014)

Artículo 1.1.3.16 Consejo Nacional de Salud Mental

(Ley 1616 de 2013)

PARTE 2
SECTOR DESCENTRALIZADO

TÍTULO 1
ENTIDADES ADSCRITAS

Artículo 1.2.1.1 Instituto Nacional de Salud - INS.

(Decreto 4109 de 2011)

Artículo 1.2.1.2 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.

Artículo 1.2.1.3 Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Artículo 1.2.1.4 Fondo de Previsión Social del Congreso de la República.

Artículo 1.2.1.5 Centro Dermatológico "Federico Lleras Acosta" - ESE.

Artículo 1.2.1.6 Instituto Nacional de Cancerología - ESE.

Artículo 1.2.1.7 Sanatorio de Agua de Dios - ESE.

Artículo 1.2.1.8 Sanatorio de Contratación -ESE.

Artículo 1.2.1.9 Superintendencia Nacional de Salud

TÍTULO 2
ENTIDADES VINCULADAS

Artículo 1.2.2.1 Caja de Previsión Social de Comunicaciones - Caprecom.

TÍTULO 3
OTRAS ENTIDADES

Artículo 1.2.3.1 Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS -

LIBRO 2
RÉGIMEN REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PARTE 1
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

TÍTULO 1
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 2.1.1.1 ***Objeto***. La presente Parte tiene por objeto unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, crear el Sistema de Afiliación Transaccional, mediante el cual se podrán realizar los procesos de afiliación y novedades en el citado Sistema, y definir los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

(Art. 1 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.2 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones contenidas en la presente Parte se aplican a la población que deba afiliarse y a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud; a las Entidades Promotoras de Salud-EPS y Entidades Obligadas a Compensar-EOC; a los administradores y operadores del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA o quien haga sus veces; a los aportantes, administradores y operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA; a los prestadores de servicios de salud y a las entidades territoriales.

A los regímenes exceptuados y especiales establecidos legalmente les aplica lo dispuesto en los artículos 2.1.2.2, numeral 2, 2.1.13.5, 2.1.13.6 y 2.1.13.7 del presente Título.

(Art. 2 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.3 ***Definiciones.*** Para los efectos de la presente Parte, las expresiones afiliación, afiliado, datos básicos, inscripción a la Entidad Promotora de Salud - EPS, movilidad, novedades, registro, traslados, traslado de EPS dentro de un mismo régimen, traslado de EPS entre regímenes diferentes, y validación tendrán los siguientes alcances:

1. *Afiliación:* Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud – EPS – o Entidad Obligada a Compensar – EOC –.

2. *Afiliado:* Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

3. *Afiliado adicional:* Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, conforme a lo previsto en la presente Parte se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

4. *Afiliado cabeza de familia:* Es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, según lo previsto en la presente Parte, así como el registro de las novedades correspondientes.

5. *Datos básicos: Son* los datos referidos a la identificación del afiliado: apellidos, nombres, fecha de nacimiento, sexo, tipo y número de documento de identificación y condición de supervivencia.

6. *Datos complementarios:* Son los datos adicionales del afiliado y del aportante, si fuere el caso, relacionados con su ubicación geográfica e información de contacto, la administración del riesgo en salud y demás que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

7. *Información de referencia:* Es la información que permite validar la identificación y datos básicos de los afiliados, el cumplimiento de los requisitos para la afiliación y las novedades en los regímenes contributivo y subsidiado, o que permite garantizar la integridad y consistencia de la misma.

8. *Inscripción a la EPS:* Es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una Entidad Promotora de Salud a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

9. *Movilidad:* Es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBÉN y algunas poblaciones especiales.

10. *Novedades:* Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los afiliados.

11. *Plan de beneficios:* Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, el cual será modificado y tendrá el alcance que se determine en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

12. *Poblaciones especiales:* Son las personas que por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad manifiesta, según lo dispuesto por la ley o por la presente Parte deben pertenecer al régimen subsidiado.

13. *Registro en el Sistema de Afiliación Transaccional*: Es el acto a través del cual se registra, por una única vez, la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional.

14. *Registro de novedades:* Es el acto de actualización de la información de los datos básicos y complementarios de los afiliados y de las novedades de la afiliación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

15. *Traslados:* Son los cambios de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS con cambio de régimen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

16. *Traslado de EPS dentro de un mismo régimen:* Es el cambio de inscripción de EPS dentro un mismo régimen.

17. *Traslado de EPS entre regímenes diferentes*: Es el cambio de inscripción de EPS de regímenes diferentes.

18. *Validación:* Es la verificación de la información que reporta el afiliado, el aportante o la entidad territorial contra la información de referencia. En el caso de la validación de la identificación y datos básicos de las personas, la validación se realizará contra las tablas construidas a partir de la información reportada por las entidades responsables de la expedición de los documentos de identidad.

(Art. 3 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.4 ***Aplicación del principio de la buena fe.*** En aplicación del principio constitucional de la buena fe, en las actuaciones que las personas adelanten ante cualquiera de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presumirá que sus afirmaciones y manifestaciones corresponden a la verdad material; lo anterior, sin perjuicio de las denuncias que deban adelantar los actores ante las autoridades competentes cuando se tenga indicios de engaño o fraude al Sistema o de que se están utilizando mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema.

(Art. 4 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.5 ***Prohibición de solicitar requisitos adicionales.*** La afiliación y novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se regulan por las disposiciones previstas en la presente Parte, sin que se requieran documentos o trámites adicionales.

(Art. 5 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.6 ***Prohibición de selección de riesgo por parte de las EPS.*** Las EPS no podrán negar la inscripción a ninguna persona por razones de su edad o por su estado previo, actual o potencial de salud y de utilización de servicios. Tampoco podrán negar la inscripción argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación según lo dispuesto en la presente Parte.

Todas las acciones orientadas a negar la inscripción o desviarla a otra Entidad Promotora de Salud, así como promover el traslado de sus afiliados se considerarán como una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia.

Las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, adelantarán las acciones de vigilancia y control a que hubiera lugar.

(Art. 6 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.7 ***Prohibición a las entidades territoriales y a las entidades responsables de las poblaciones especiales.*** Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal y las entidades responsables de las poblaciones especiales no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada EPS.

Cuando se adviertan estas conductas, los afiliados o las EPS deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para que ésta adelante las acciones de inspección, vigilancia y control correspondientes, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias, penales o fiscales a que haya lugar.

Cuando la autoridad territorial identifique afiliados al Régimen Subsidiado que no cumplan las condiciones para ser beneficiarios del mismo, deberá adelantar la actuación administrativa tendiente a la exclusión como afiliado en el régimen subsidiado e informar a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP y al Departamento Nacional de Planeación. En caso de incumplimiento de estas obligaciones la autoridad territorial estará sujeta a las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar.

(Art. 7 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.8 ***Prohibición de adelantar afiliaciones por entidades no autorizadas.*** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud está prohibido realizar la afiliación individual o colectiva a través de relaciones laborales inexistentes o por entidades que no estén debidamente autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta conducta se tendrá como práctica no autorizada y será investigada y sancionada por las autoridades competentes.

(Art. 8 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.9 ***Prohibición de conductas tendientes a afectar derechos de los afiliados.*** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la adulteración o el uso indebido de las bases de datos de los afiliados con fines diferentes al registro, reporte y consulta de las afiliaciones y de las novedades que no refleje la voluntad de los afiliados o afecte los derechos de las personas a la afiliación, traslado y movilidad, o el acceso a los servicios de salud y a las prestaciones económicas constituye una práctica no autorizada y su ocurrencia dará lugar a las sanciones administrativas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y a las acciones penales previstas en el artículo 22 de la Ley 1474 de 2011, según el caso.

(Art. 9 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.1.10 ***Deberes de las personas.*** Son deberes de las personas en relación con el Sistema General de la Seguridad Social en Salud los establecidos en los artículos 160 de la Ley 100 de 1993 y 10 de la Ley 1751 de 2015, en especial los referidos al suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna sobre su identificación, novedades, estado de salud e ingresos; al pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, de

acuerdo con su capacidad de pago; al ejercicio de su actuaciones de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema.

(Art. 10 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 2
SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL

Artículo 2.1.2.1 ***Creación del Sistema de Afiliación Transaccional.*** Créase el Sistema de Afiliación Transaccional como un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de los afiliados, la afiliación y sus novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las transacciones que pueden realizar los diferentes usuarios, de acuerdo con las competencias de éstos y los niveles de acceso que se definan. Una vez el Sistema de Afiliación Transaccional inicie su operación, éste será el medio para el registro de la afiliación y el reporte de novedades.

El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la administración del Sistema de Afiliación Transaccional y definirá la responsabilidad de cada uno de los actores en el registro y reporte de la información en el Sistema, la estructura de datos y los medios magnéticos o electrónicos que se requieran para procesar la información del mismo.

El Sistema de Afiliación Transaccional permitirá a los prestadores consultar la información de los afiliados. Este Sistema podrá interoperar con los sistemas de información y procesos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y con otros relacionados con la protección social.

La información contenida en el Sistema de Afiliación Transaccional y su manejo, cuando corresponda, estarán sujetos a las disposiciones sobre protección de datos regulados por la Ley 1581 de 2012 y las normas que la reglamenten, adicionen o sustituyan.

El Sistema de Afiliación Transaccional permitirá la consulta de la información referente al estado de pagos de las cotizaciones, en especial, la de los empleadores respecto de sus trabajadores como cotizantes dependientes. Este Sistema podrá interoperar con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA y para su consulta también podrán acceder las entidades públicas y privadas responsables del recaudo y de la vigilancia y control del pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, esta información sobre las personas que se encuentran en mora deberá estar disponible para efectos del reporte de que trata el artículo 5 de la Ley 828 de 2003, así como, de la verificación de la información en el registro único de proponentes de que trata la mencionada ley.

(Art. 11 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.2.2 ***Elementos del Sistema de Afiliación Transaccional.*** Constituyen elementos básicos del Sistema de Afiliación Transaccional, los siguientes:

1. La información de referencia para la correcta identificación de los afiliados, construida a partir de la información reportada por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y cualquier otra entidad que tenga a su cargo la expedición de documentos de identidad de nacionales y residentes extranjeros; la verificación de la población potencialmente beneficiaria de subsidios; la verificación de supervivencia, la identificación inicial del recién nacido y la relación de parentesco de este con la madre; el control de las afiliaciones colectivas, la integridad y consistencia de la información reportada por afiliados y aportantes; y toda aquella información que el Ministerio considere relevante para el cumplimiento de los objetivos definidos para la información de referencia.

2. La información de referencia que permita controlar la multiafiliación al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entre éste y los regímenes especiales y de excepción.

3. La información de referencia que permita validar los datos que se ingresen al Sistema.

4. El registro oficial de todos los aportantes y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su identificación, estado de pago de las cotizaciones y demás información que el Ministerio de Salud y Protección Social considere relevante.

5. Las reglas de afiliación y novedades contenidas en las disposiciones vigentes que soportan las validaciones para el registro de la afiliación y las novedades y que permiten controlar la calidad de los datos y la integridad de la información.

6. La plataforma tecnológica y de comunicaciones que soporte este Sistema.

(Art. 12 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.2.3 ***Soportes documentales en el Sistema de Afiliación Transaccional.*** La identificación y datos básicos de los afiliados serán validados contra la información de referencia disponible. Si la información es coincidente no será necesario allegar documentación soporte. Si no es coincidente o no existe en la información de referencia, el Sistema dispondrá de los medios para la recepción, clasificación y recuperación de soportes digitales en aquellos casos en los que sea necesario aportar documentos o datos adicionales para acreditar la identificación, la condición de beneficiarios y los demás que se requieran.

Parágrafo. El Sistema de Afiliación Transaccional podrá validar la condición de beneficiario con base en las tablas de referencia de que disponga, caso en el cual no serán exigibles los soportes documentales. Cuando se alleguen soportes documentales para acreditar la condición de beneficiario, las EPS o EOC serán responsables de validar ésta condición.

(Art. 13 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.2.4 ***Identificación de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** Los datos básicos de identificación de los afiliados que se ingresen al Sistema de Afiliación Transaccional deberán ser concordantes con la información de referencia. El Sistema contará con las validaciones correspondientes con el fin de no permitir el ingreso de identificaciones inexistentes o datos básicos errados. Estos datos solo pueden ser modificados con el soporte de acto administrativo o el acto proferido por la autoridad competente.

En el Sistema de Afiliación Transaccional por cada afiliado existirá un único registro, con independencia de los documentos de identidad con los cuales se le asocie. El Sistema dispondrá los instrumentos que permitan la correlación entre los diferentes documentos expedidos para una persona por la entidad competente.

Las EPS o EOC deberán adoptar medidas tendientes a evitar que los errores e inconsistencias en los datos básicos de identificación de los afiliados afecten la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

(Art. 14 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.2.5 ***Transición al Sistema de Afiliación Transaccional.*** Las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud que, a la fecha en la que empiece a operar el Sistema de Afiliación Transaccional, se encuentren incluidas en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) se considerarán registradas en dicho Sistema e inscritas en la EPS o EOC en la que venían afiliadas, siempre y cuando sus datos básicos se encuentren correctamente registrados y validados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Sistema de Afiliación Transaccional entrará en operación en forma gradual, en una etapa inicial se realizará la verificación de datos básicos del afiliado. En los casos en que el registro de un afiliado no sea coincidente con la información de referencia, el afiliado deberá actualizar sus datos básicos a través del Sistema de Afiliación Transaccional o en cumplimiento del artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012, el administrador del Sistema podrá corregirlos con base en la información de referencia.

Si el documento de identidad no figura o no coincide con la información de referencia, tratándose de mayores de edad no ingresarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema de Afiliación Transaccional y para el caso de los menores de edad, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el plazo y los términos para su ingreso a la misma.

Parágrafo. En ningún caso esta validación podrá afectar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la EPS deberá adelantar las gestiones para la corrección en un plazo no mayor de un (1) mes al requerimiento que le formule el administrador del Sistema. Vencido dicho término sin que se hubieren validado los datos básicos del afiliado, se suspenderá el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación-UPC a la EPS hasta cuando se produzca la validación de estos afiliados.

Constituye obligación de los afiliados proveer las pruebas necesarias para su

correcta identificación y validación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

(Art. 15 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 3
REGLAS DE AFILIACIÓN COMUNES A LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Artículo 2.1.3.1 ***Afiliación.*** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es un acto que se realiza por una sola vez, por medio del cual se adquieren los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, el cual se efectúa con el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción a una sola Entidad Promotora de Salud - EPS o Entidad Obligada a Compensar - EOC, mediante la suscripción del formulario físico o electrónico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado y aquellas relacionadas con las cuotas moderadoras y copagos para la prestación de los servicios de conformidad con las normas vigentes las cuales deberán ser informadas al afiliado.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud no habrá afiliaciones retroactivas.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la fecha a partir de la cual la afiliación deberá realizarse a través del formulario electrónico y los eventos en los cuales, de manera excepcional, la afiliación podrá efectuarse mediante el diligenciamiento de formulario físico.

Parágrafo 1. La escogencia de EPS es libre, salvo las excepciones previstas en la presente Parte.

Parágrafo 2. La desafiliación al Sistema sólo se producirá por el fallecimiento del afiliado.

Parágrafo 3. Cuando los trabajadores independientes realicen la afiliación por primera vez o cuando reanuden el pago de las cotizaciones de acuerdo con lo definido en la presente Parte podrán efectuar el pago proporcional a los días objeto de la cotización.

Parágrafo 4. Hasta tanto entre en operación plena el Sistema de Afiliación Transaccional y de acuerdo con la fecha que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para la utilización del formulario electrónico, la afiliación y las novedades de traslado y de movilidad deberán realizarse en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de los cotizantes

dependientes, el formulario deberá ser suscrito también por el empleador. En ningún caso, la EPS podrá modificar el contenido del formulario ni incluir información adicional, de incluirse se tendrá por inexistente y no será oponible para el reconocimiento de UPC; lo anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 16 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.2 ***Obligatoriedad de la afiliación.*** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia, salvo para aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente.

(Art. 17 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.3 ***Información para la administración del riesgo en salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un componente de información complementaria que se incluirá en el Sistema de Afiliación Transaccional para identificar y gestionar los riesgos de los afiliados, con base en la cual determinará las estrategias o lineamientos para la administración del riesgo en salud por parte de la EPS.

Cuando la información corresponda a datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012, su tratamiento y acceso restrictivo estará sujeto a la protección del derecho fundamental al Habeas Data.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la información del estado de salud sólo podrá ser diligenciada con posterioridad a la afiliación o el traslado y será utilizada por las EPS para identificar y gestionar los riesgos de su población afiliada, sin perjuicio de los lineamientos que sobre esta materia defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso las Entidades Promotoras de Salud - EPS podrán exigir la declaración del estado de salud como requisito para la afiliación o el traslado de EPS y el incumplimiento de esta prohibición dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 18 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.4 ***Acceso a los servicios de salud.*** El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Los prestadores podrán consultar el Sistema de Afiliación Transaccional con el fin de verificar la información correspondiente a la afiliación de la persona.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados accederán a los servicios del plan de beneficios desde la fecha de radicación del formulario de afiliación y novedades en la EPS o desde la fecha de la efectividad del traslado o de la movilidad.

(Art. 19 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.5 ***Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.*** Para efectuar la afiliación y reportar las novedades, los afiliados se identificarán con uno de los siguientes documentos:

1. Registro Civil de Nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.

2. Registro Civil de Nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.

3. Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.

4. Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.

5. Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros.

6. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

Los afiliados están obligados a actualizar el documento de identificación cuando se expida un nuevo tipo de documento; sin embargo, la demora en la actualización del nuevo documento no dará lugar a la suspensión de la afiliación y por tanto habrá reconocimiento de UPC. Las EPS adoptarán campañas para garantizar que sus afiliados conozcan esta obligación y mantengan su información actualizada.

Parágrafo. Los documentos de identificación deberán ser aportados una sola vez por el afiliado si éstos son requeridos. El Sistema de Afiliación Transaccional preverá los mecanismos para que cualquier verificación posterior pueda ser efectuada por este medio.

(Art. 20 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.6 ***Composición del núcleo familiar.*** Para efectos de la inscripción de los beneficiarios, el núcleo familiar del afiliado cotizante estará constituido por:

1. El cónyuge;

2. A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo;

3. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante;

4. Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante;

5. Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo, que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales 3 y 4 del presente artículo;

6. Los hijos de los beneficiarios descritos en los numerales 3 y 4 del presente artículo hasta que dichos beneficiarios conserven tal condición.

7. Los hijos menores de veinticinco (25) años y los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente que, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos, se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad con el cotizante y dependan económicamente de éste.

8. A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del cotizante que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

9. Los menores de dieciocho (18) años entregados en custodia legal por la autoridad competente.

Los miembros del núcleo familiar que no estén cotizando al sistema y los pensionados cotizantes únicamente recibirán la prestación de los servicios de salud previstos en el plan de beneficios.

Parágrafo 1. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia. Esta condición se registrará a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo 2. Los hijos adoptivos y los menores en custodia legal tendrán derecho a ser incluidos en el núcleo familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes o a los terceros a quienes se haya otorgado la custodia conforme a las normas legales.

Parágrafo 3. En los casos en los que existan dos personas con igual derecho que no puedan ser inscritas como beneficiarias en el núcleo familiar simultáneamente, se estará a lo resuelto por la autoridad judicial o administrativa que corresponda.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las estrategias y lineamientos que deben observar las entidades territoriales, las EPS, los afiliados y demás entidades responsables de la afiliación en el régimen subsidiado, tendientes a la identificación de los núcleos familiares, conforme a lo establecido en el presente artículo.

Parágrafo 5. La composición del núcleo familiar prevista en el presente artículo será aplicable en el régimen subsidiado y para el efecto, el cabeza de familia se asimilará al cotizante.

Parágrafo 6. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la dependencia económica se declarará en el momento de la inscripción en la EPS y se presumirá la buena fe en su declaración.

(Art. 21 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.7 ***Acreditación y soporte documental de los beneficiarios.*** La acreditación y soporte documental de la calidad de los beneficiarios, se sujetará a las siguientes reglas:

1. La calidad de cónyuge, se acreditará con el Registro Civil de Matrimonio.

2. La calidad de compañero o compañera permanente se acreditará con alguno de los documentos previstos en el artículo 4 de la Ley 54 de 1990 modificado por el artículo 2 de la Ley 979 de 2005.

3. La calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, se acreditará con los registros civiles correspondientes.

4. La calidad de hijo adoptivo mediante el certificado de adopción o acta de entrega del menor, emitido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o entidad autorizada.

5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de veinticinco (25) años se acreditará mediante el dictamen emitido por la EPS en la cual se encuentre afiliado o por la entidad competente cuando se trate de la calificación invalidez.

6. La condición del numeral 7 del artículo 2.1.3.6 de la presente Parte se acreditará con el documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

7. Los menores en custodia legal con la orden judicial o acto administrativo expedido por la autoridad competente.

(Art. 22 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.8 ***Inscripción del núcleo familiar.*** Los afiliados cotizantes o cabezas de familia deberán registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribir en la misma EPS a cada uno de los miembros que conforman el núcleo familiar, para lo cual deberán allegar el soporte documental de su calidad de beneficiarios, en los casos que sea necesario.

Cuando se inscriba un miembro que no cumple las condiciones legales para ser parte del grupo familiar o no se registre la novedad de aquellos beneficiarios que pierden su condición de tales, el afiliado cotizante deberá reintegrar el valor de las UPC y el per cápita para promoción y prevención que el Sistema hubiere reconocido durante el período en que el beneficiario carecía del derecho.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, toda inscripción de los beneficiarios exigirá la presentación de los documentos previstos en el artículo 2.1.3.7. en la presente Parte. La inscripción del recién nacido se podrá efectuar según lo dispuesto en el artículo 2.1.3.10 de la presente Parte.

(Art. 23 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.9 ***Medidas para garantizar el aporte oportuno de los documentos que acreditan la condición legal de los miembros del núcleo familiar por fuerza mayor o caso fortuito.*** Cuando por razones de fuerza mayor o caso fortuito el afiliado cotizante no pueda aportar los documentos que acreditan la condición de miembros del núcleo familiar al momento de la afiliación, si son requeridos según lo dispuesto en el artículo 2.1.2.3 de la presente Parte, se realizará la inscripción de sus beneficiarios en la categoría respectiva y el afiliado cotizante contará con un mes (1) para allegarlos.

Si transcurrido este período, los documentos no han sido aportados, se aplicará el siguiente procedimiento:

1. En el primer día hábil siguiente al vencimiento del plazo, la EPS deberá enviar una comunicación por cualquier medio que garantice su recepción por el afiliado en la que le recuerde su obligación de aportar los documentos pendientes y le advertirá que si éstos no son aportados a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes, el costo de los servicios de salud, distintos de la atención inicial de urgencias que demanden sus beneficiarios deberán ser asumidos por el cotizante con cargo a sus propios recursos. Se exceptúa de lo aquí previsto la atención en salud de los menores de edad.

2. La comunicación descrita en el numeral anterior deberá ser enviada mensualmente hasta que el cotizante aporte los documentos requeridos.

3. Si transcurridos tres (3) meses contados a partir de la fecha de la primera comunicación el cotizante no allega los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios, la EPS reportará la novedad y se suspenderá la afiliación de los beneficiarios, con excepción de las mujeres gestantes y los menores de edad. Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de los mecanismos para dicha notificación.

Parágrafo 1. Las copias de las comunicaciones podrán ser requeridas por las autoridades del sistema en cualquier momento para la revisión, análisis y auditoría de la información que las EPS registren en las bases de datos sobre estos afiliados. El FOSYGA o quien haga sus veces también podrá solicitarlas como requisito para el pago de la UPC por estos afiliados.

Parágrafo 2. Las circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito serán declaradas por el afiliado cotizante o el cabeza de familia al momento de la afiliación del beneficiario.

Parágrafo 3. Para aquellos afiliados en calidad de beneficiarios que al 3 de diciembre de 2015 no hayan aportado los documentos que acreditan tal condición, les será aplicable el procedimiento previsto en el presente artículo; en este caso, el término de un (1) mes se contará a partir del 4 de enero de 2016.

(Art. 24 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.10 ***Afiliación del recién nacido.*** Todo recién nacido quedará afiliado al sistema desde su nacimiento y desde ese momento se reconocerá la

UPC. La afiliación se efectuará con base en el registro civil de nacimiento o en su defecto, con el certificado de nacido vivo. Los padres o en ausencia de éstos quien tenga la custodia o el cuidado personal del recién nacido deberán aportar el registro civil de nacimiento a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su nacimiento, cuando el registro civil no figure en la información de referencia del Sistema de Afiliación Transaccional o se requiera para verificar la calidad de beneficiario.

Todo recién nacido quedará inscrito en la EPS en la que esté inscrita la madre, incluso cuando el padre esté inscrito en otra EPS o en un Régimen Especial o de Excepción, salvo en los casos de fallecimiento de la madre al momento del parto, evento en el cual quedará inscrito en la EPS del padre o en la EPS de quien tenga a su cargo el cuidado personal o detenta su custodia.

El recién nacido de la madre que hubiere ejercido la movilidad prevista en la presente Parte quedará inscrito en la EPS en la que se encuentre inscrita la madre.

Cuando la madre ostente la calidad de beneficiaria, el recién nacido se inscribirá como un beneficiario más del núcleo familiar.

Una vez afiliado el recién nacido, si el padre tiene la calidad de cotizante al régimen contributivo éste podrá tramitar la novedad de inclusión como su beneficiario después del primer mes de vida. Esta disposición también aplicará cuando el padre pertenezca a un régimen de excepción o especial, si éstos permiten la afiliación del menor.

Parágrafo 1. Las EPS establecerán en coordinación con su red prestadora, mecanismos para informar y promover entre los padres la debida identificación e inscripción del recién nacido.

Parágrafo 2. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los documentos previstos en el presente artículo serán aportados a la EPS a la cual se realice la afiliación del recién nacido e incluirá la manifestación de la madre.

(Art. 25 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.11 ***Afiliación de recién nacido de padres no afiliados.*** Cuando los padres del recién nacido no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el prestador de servicios de salud, en la fecha de su nacimiento, procederá conforme a lo siguiente:

1. Cuando alguno de los padres reúna las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribirá en una EPS de dicho régimen al padre obligado a cotizar y al recién nacido. Para realizar esta afiliación, el prestador deberá consultar la información que para tal efecto disponga el Sistema de Afiliación Transaccional.

2. Cuando los padres no cumplen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y se encuentran clasificados en los niveles I y II del SISBEN, registrará e inscribirá a la madre, al recién nacido y a los demás integrantes del núcleo familiar, al régimen subsidiado, de conformidad con lo establecido en el artículo 32 de la Ley

1438 de 2011.

3. Cuando los padres no cumplen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y tampoco se encuentran clasificados en los niveles I y II del Sisbén o no les ha sido aplicada la encuesta SISBEN, registrará al recién nacido en el Sistema de Afiliación Transaccional y lo inscribirá en una EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Una vez los padres se afilien el menor integrará el respectivo núcleo familiar.

Parágrafo 1. Para los efectos previstos en los numerales 1 y 3 del presente artículo, los padres del recién nacido deberán declarar por escrito ante la IPS que no tienen las condiciones para cotizar al régimen contributivo o que la encuesta SISBEN no les ha sido aplicada.

Parágrafo 2. Efectuada la inscripción y registro del recién nacido al régimen subsidiado, el Sistema de Afiliación Transaccional notificará dicha novedad a la entidad territorial, a la EPS y a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP de acuerdo con el Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.

Parágrafo 3. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el prestador del servicio deberá realizar la afiliación del recién nacido directamente ante la EPS y realizará las notificaciones previstas en el presente artículo a más tardar dentro de los tres (3) días siguientes a la misma.

Parágrafo 4. Lo previsto en el presente artículo aplicará a los menores de edad cuando demanden servicios de salud y no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 26 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.12 ***Afiliación de recién nacido en parto no institucional.*** En el evento de que el parto no haya sido institucional, cuando los padres o quien tenga la custodia o cuidado personal del menor, demande servicios de salud para el recién nacido, el prestador de servicios de salud deberá expedir el certificado de nacido vivo del menor de edad el que deberá comunicar a la EPS, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a su expedición a través de los medios que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. El prestador de servicios de salud deberá realizar el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional e inscribirlo en la misma EPS en la que se encuentre afiliada la madre.

En caso de no estar afiliados los padres, se seguirán las reglas indicadas en el artículo 2.1.3.11 del presente decreto y la comunicación se realizará a más tardar el día siguiente de haberse efectuado la afiliación de la madre.

Cuando el prestador de servicios de salud no comunique a la EPS el certificado de nacido vivo, no tendrá derecho a cobrar los servicios suministrados al menor hasta la fecha en que efectúe la comunicación.

Parágrafo. Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional la comunicación de que trata el presente artículo se realizará por este medio.

(Art. 27 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.13 ***Aporte del registro civil de nacimiento.*** El registro civil de nacimiento debe ser aportado a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento; no obstante, si el registro no ha sido allegado, dentro de este término, la EPS deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios y tendrá derecho al reconocimiento de la correspondiente UPC. Para el efecto procederá conforme a las siguientes reglas:

1. En el día hábil siguiente al primer mes de vida del recién nacido, la EPS deberá enviar una comunicación al cotizante o cabeza de familia o a los padres o en ausencia de éstos, a quien tenga la custodia o cuidado personal del menor, en la que le recuerde su obligación de aportar el registro civil del menor y las consecuencias de que el mismo no sea aportado. Esta comunicación deberá ser enviada cada mes hasta que el registro civil sea aportado. La comunicación se podrá enviar por cualquier mecanismo que sea comprobable. Cuando la dirección de recepción no sea la vigente, con la devolución de la primera comunicación se entiende cumplida la obligación del requerimiento del registro civil de nacimiento. En todo caso, la EPS deberá demostrar que agotó todos los mecanismos posibles para contactar al afiliado o a quien tenga la custodia.

2. Si, vencidos los tres (3) meses, no ha sido allegado el Registro Civil de Nacimiento, las EPS deberán dar aviso a la Entidad Territorial para que promueva ante la Superintendencia de Notariado y Registro la expedición de los registros civiles de nacimiento del recién nacido, dentro de las competencias de cada entidad, para lo cual deberá suministrar la información de contacto de los padres registrada en el Sistema; así mismo, denunciarán ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF o las Comisarías de Familia tal circunstancia para lo de su competencia.

Parágrafo. De cada una de estas comunicaciones deberá guardar constancia la EPS y las mismas podrán ser requeridas por las autoridades del sistema en cualquier momento para la revisión, análisis y auditoría de la información que las EPS registren en las bases de datos sobre estos afiliados.

(Art. 28 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.14 ***Afiliaciones múltiples.*** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado ni estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial.

El Sistema de Afiliación Transaccional establecerá los mecanismos para controlar la afiliación o registro múltiple con la información de referencia que disponga.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos para ello y se llegare a producir afiliación múltiple, se tendrá como válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Cuando la afiliación múltiple obedezca a un error no imputable al afiliado que solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.

Cuando el Ministerio de Salud y Protección Social o el administrador de la base de datos de afiliados vigente evidencie la afiliación múltiple derivada de inconsistencias o duplicidad en los datos o documentos de identificación del afiliado, adelantará los procesos de verificación y cancelación de la afiliación múltiple, lo comunicará a las EPS involucradas y solicitará el reintegro de las unidades de pago por capitación reconocidas sin justa causa. En caso de que las EPS no realicen el reintegro, en los términos y plazos definidos por la normativa vigente, corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud ordenar el reintegro inmediato de los recursos y adelantar las acciones que considere pertinentes.

(Art. 29 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.15 ***Suspensión de la afiliación.*** La afiliación se suspenderá en los siguientes casos:

1. Cuando el cotizante dependiente o independiente o el afiliado adicional incurra en mora en los términos establecidos en los artículos 2.1.9.1 al 2.1.9.5 del presente decreto.

2. Cuando transcurran tres (3) meses contados a partir del primer requerimiento al cotizante para que allegue los documentos que acrediten la condición de sus beneficiarios, si son requeridos según lo dispuesto en el artículo 2.1.2.3 del presente decreto, y éste no haya sido atendido. Lo dispuesto en el presente numeral no será aplicable a las mujeres gestantes ni a los menores de edad.

(Art. 30 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.16 ***Efectos de la suspensión de la afiliación.*** Durante los períodos de suspensión de la afiliación por mora, no habrá lugar a la prestación de los servicios del plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito con excepción de la atención en salud de las gestantes y los menores de edad en los términos establecidos en el artículo 2.1.9.5 del presente decreto.

En el caso de los beneficiarios respecto de los cuales no se alleguen los documentos que acreditan tal condición, cuando sean requeridos según lo dispuesto en el artículo 2.1.2.3 del presente decreto, éstos tendrán derecho a la atención inicial de urgencias y la UPC correspondiente se reconocerá una vez se aporten dichos documentos. Se exceptúa de lo aquí previsto la atención en salud a las mujeres gestantes y a los menores de edad a quienes se les garantizará los servicios del plan de beneficios.

En el caso de los cotizantes independientes no se causarán cotizaciones ni intereses de mora de conformidad con el artículo 209 de la Ley 100 de 1993.

En todo caso, producida la suspensión de la afiliación, cuando el afiliado se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, los servicios de salud serán garantizados en los términos previstos en la presente Parte.

(Art. 31 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.17 **Artículo 32.** ***Terminación de la inscripción en una EPS.*** La inscripción en la EPS en la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su núcleo familiar, se terminará en los siguientes casos:

1. Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.

2. Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Parte.

3. Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporte la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Parte.

4. Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones establecidas en la presente Parte para ostentar dicha condición y no reporten la novedad de cotizante dependiente, cotizante independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Parte.

5. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS o a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

6. Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o especial legalmente establecido.

7. Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.

8. Cuando la prestación de los servicios de salud de las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años, que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. En el caso de las personas privadas de la libertad que se encuentren obligadas a cotizar, la terminación de la inscripción sólo aplicará para el cotizante y el menor de tres (3) años que conviva con la madre cotizante.

Parágrafo 1. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia

fuera del país deberán reportar esta novedad a más tardar el último día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción.

Cuando el afiliado cotizante que fije su residencia fuera del país no reporte la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causará deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones, en los términos previstos en el artículo 2.1.9.3 del presente decreto, según el caso.

Cuando el afiliado regrese al país deberá reportar la novedad al Sistema de Afiliación Transaccional mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.

Parágrafo 2. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en la presente Parte deberán reportarse directamente a la EPS.

(Art. 32 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.3.18 ***Efectos de la terminación de la inscripción en una EPS.*** La terminación de la inscripción en una EPS tiene como efecto para la EPS, la cesación de la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios y las prestaciones económicas para los cotizantes del régimen contributivo.

Para los afiliados cotizantes, una vez reportada la novedad, implica la cesación del pago de las cotizaciones, sin perjuicio del pago de los aportes que adeuden. Lo anterior no será aplicable a las personas privadas de la libertad que tienen la calidad de cotizantes de que trata el numeral 8 del artículo 2.1.3.17 del presente decreto, quienes por cumplir las condiciones para seguir cotizando tendrán la obligación de cotizar y la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios se mantendrá respecto de sus beneficiarios.

(Art. 33 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 4
AFILIACIÓN EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Artículo 2.1.4.1 ***Afiliados al régimen contributivo.*** Pertenecerán al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

1.1. Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;

1.2. Los servidores públicos;

1.3. Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes, sustitutos o pensión gracia tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;

1.4 Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente;

2. Como beneficiarios:

2.1 Los miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones señaladas en el numeral 1 del presente artículo.

(Art. 34 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.4.2 ***Afiliación oficiosa de beneficiarios***. Cuando una persona cumpla la condición para ser afiliado beneficiario y el cotizante se niegue a su inscripción dentro del núcleo familiar, la persona directamente o las comisarías de familia o los defensores de familia o las personerías municipales en su defecto, podrán realizar el registro en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscripción en la EPS del cotizante, aportando los documentos respectivos que prueban la calidad de beneficiario.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación oficiosa se hará directamente ante la EPS.

(Art. 35 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.4.3 ***Afiliación cuando varios miembros del núcleo familiar son cotizantes.*** Cuando los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas del mismo sexo de un mismo núcleo familiar, tengan la calidad de cotizantes, éstos y sus beneficiarios deberán estar inscritos en la misma EPS. Se exceptúa de esta regla cuando uno de los cotizantes no resida en la misma entidad territorial y la EPS en la que se encuentre afiliado el otro cotizante y los beneficiarios no tenga cobertura en la misma y no haga uso del derecho a la portabilidad.

Si uno de los cónyuges, compañera o compañero permanente cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

Parágrafo. El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá los instrumentos para garantizar que el núcleo familiar esté afiliado a la misma EPS.

(Art. 36 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.4.4 ***Inscripción de los padres en el núcleo familiar.*** Cuando ambos cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, incluidas las parejas

del mismo sexo, tengan la calidad de cotizantes, se podrá inscribir en el núcleo familiar a los padres que dependan económicamente de uno de los cónyuges, compañeros o compañeras permanentes y no tengan la calidad de cotizantes, en concurrencia con los beneficiarios, los cuales quedarán inscritos con el otro cotizante.

Si uno de los cónyuges, compañera o compañero permanente cotizantes dejare de ostentar tal calidad, los padres podrán continuar inscritos en la misma EPS como afiliados adicionales, cancelando los valores correspondientes.

(Art. 37 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.4.5 ***Afiliado adicional.*** Cuando un afiliado cotizante tenga a su cargo otras personas que dependan económicamente de él y se encuentren hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo, podrá incluirlos en el núcleo familiar, pagando la UPC correspondiente a su grupo de edad, el per cápita para promoción y prevención, y un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad equivalente al 10% de la sumatoria del valor de los dos conceptos.

Este afiliado se denominará afiliado adicional y tiene derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. En ningún caso tendrá derecho a prestaciones económicas. El período mínimo de inscripción y pago por estos afiliados será mínimo de un (1) año salvo cuando el afiliado cotizante deja de reunir las condiciones para continuar como cotizante o cuando el afiliado adicional reúne las condiciones para inscribirse como cotizante.

(Art. 38 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.4.6 ***Afiliaciones colectivas.*** La afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral podrá realizarse de manera colectiva, solamente a través de las asociaciones, agremiaciones y congregaciones religiosas autorizadas previamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones previstas en los artículos 3.2.6.1 a 3.2.6.13 del presente decreto.

Sin perjuicio de la inspección, vigilancia y control que las autoridades competentes realicen sobre el ejercicio ilegal de la afiliación colectiva, es obligación de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y los operadores de información, verificar permanentemente que esta modalidad de afiliación sea ejercida exclusivamente por las entidades debidamente facultadas, para lo cual deberán consultar el listado de entidades autorizadas disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, previo a la recepción de cualquier trámite de afiliación, recaudo de aportes y novedades, so pena de las sanciones que impongan los organismos de vigilancia y control competentes.

En caso de evidenciar que alguna entidad ejerce esta actividad sin la autorización correspondiente, las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y los operadores de información deberán informar a las autoridades respectivas para que se adelanten las acciones penales, administrativas y fiscales a que hubiere lugar.

(Art. 39 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 5
AFILIACIÓN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.1.5.1 ***Afiliados al régimen subsidiado.*** Son afiliados en el Régimen Subsidiado las personas que sin tener las calidades para ser afiliados en el Régimen Contributivo o al Régimen de Excepción o Especial, cumplan las siguientes condiciones:

1. Personas identificadas en los niveles I y II del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Personas identificadas en el nivel III del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace que, a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al régimen subsidiado.

3. Las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar elaborará el listado censal.

4. Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El listado censal de beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

5. Menores desvinculados del conflicto armado. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.

6. Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. El listado censal de beneficiarios de esta población será elaborado por las alcaldías municipales.

7. Comunidades Indígenas. La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5 de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, la autoridad municipal lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud.

8. Población desmovilizada. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar

deberá ser elaborado por la Agencia Colombiana para la Reintegración o quien haga sus veces. Los integrantes del núcleo familiar de desmovilizados que hayan fallecido mantendrán su afiliación con otro cabeza de familia.

9. Adultos mayores en centros de protección. Los adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección, el listado de beneficiarios será elaborado por las alcaldías municipales o distritales.

10. Población Rrom. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población Rrom se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo Rrom lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN.

11. Personas incluidas en el programa de protección a testigos. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población incluida en el programa de protección de testigos será elaborado por la Fiscalía General de la Nación.

12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El listado censal de esta población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales.

14. La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela de que tratan los artículos 2.9.2.5.1 a 2.9.2.5.8 del presente decreto.

Parágrafo 1. Las condiciones de pertenencia al régimen contributivo o a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen subsidiado, salvo lo dispuesto para la afiliación del recién nacido. En consecuencia, cuando una persona reúna simultáneamente las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, a un régimen exceptuado o especial o al régimen subsidiado deberá registrarse en inscribirse a una EPS del régimen contributivo o afiliarse al régimen exceptuado o especial, según el caso.

Parágrafo 2. Las reglas de afiliación y novedades de la población indígena y de las comunidades Rrom se seguirán por las normas vigentes a la expedición del presente decreto hasta tanto el Gobierno Nacional reglamente la afiliación y los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud de esta población; evento en el cual, el Gobierno Nacional adelantará la consulta previa.

Parágrafo 3. En el evento de que la persona cumpla los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúse afiliarse, la entidad territorial procederá a inscribirla

de oficio en una EPS de las que operan en el municipio dentro de los cinco (5) primeros días del mes y le comunicará dicha inscripción. Sin embargo, la persona podrá en ejercicio del derecho a la libre escogencia trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes, sin sujeción al período mínimo de permanencia.

Parágrafo 4. Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del numeral 3 del presente artículo y ello las haga potenciales afiliadas al régimen contributivo, así lo informarán a la EPS respectiva, quien deberá reportar al ICBF lo pertinente para la actualización del listado censal.

Parágrafo 5. Cuando cualquier autoridad nacional o territorial advierta que un afiliado del régimen subsidiado cumpla las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, informará a la entidad territorial para que adelante las medidas tendientes a la terminación de la inscripción en la EPS. La omisión de esta obligación por parte de las autoridades territoriales dará lugar a las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar.

(Art. 40 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.5.2 ***Condiciones de los listados censales***. La idoneidad y calidad de la información registrada en los listados censales es competencia de las entidades señaladas en el artículo 2.1.5.1 de la presente Parte, como responsables de su elaboración.

La información de los listados censales deberá cumplir con las variables que permitan la identificación plena de la persona, y con las condiciones y la estructura de datos definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las entidades responsables deberán reportar los listados censales y las novedades que determinen inclusión y exclusión de la población especial respectiva, de acuerdo con la periodicidad, el procedimiento y las condiciones que señale el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 41 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.5.3 ***Libre elección de entidad promotora de salud del régimen subsidiado para poblaciones especiales***. En el Régimen Subsidiado la elección de la EPS para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados censales, se realizará por las siguientes entidades:

1. Las entidades responsables de la elaboración de los listados censales cuando se trate de población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y personas incluidas en el programa de protección a testigos y la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales.

2. Las entidades responsables del cuidado de la población infantil bajo protección de instituciones diferentes al ICBF y los adultos mayores de escasos recursos residentes en centros de protección.

3. Los afiliados pertenecientes a la población ROM lo harán de manera libre e independiente manteniendo la composición de su núcleo familiar.

4. Los desmovilizados y las víctimas del conflicto armado escogerán libremente su EPS, sin perjuicio de lo dispuesto en el literal i) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y lo dispuesto en el artículo 2.2.6.1.1. del Decreto 1084 de 2015.

Parágrafo 1. Las entidades responsables de elaborar los listados censales y/o responsables por la atención de la población señalada en los numerales 1 y 2 del presente artículo deberán definir lineamientos internos homogéneos para la elección de EPS, que tenga en cuenta la utilización de indicadores de calidad, la cobertura territorial de la EPS y la red prestadora adscrita, entre otros.

Parágrafo 2. La atención en salud de la población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal o a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC se garantizará conforme a lo dispuesto en el Capítulo 11, Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 42 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 6
NOVEDADES

Artículo 2.1.6.1 ***Novedades.*** La actualización de datos y los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS que se produzcan con posterioridad a la afiliación, se considerarán novedades que actualizan la información de los afiliados en el Sistema de Afiliación Transaccional, y se registrarán o reportarán por los responsables según lo previsto en la presente Parte.

El registro de las novedades implica la declaración de la veracidad de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado.

Parágrafo 1. Mientras no entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades se reportarán al administrador de la base de datos de afiliados conforme a la normativa vigente.

Parágrafo 2. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades del estado de afiliación deberán reportarse por las EPS y las entidades territoriales a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes contados a partir del primer día del mes calendario en que ésta se produce. Si la novedad se reporta con posterioridad a dicho término, el reconocimiento de la UPC se efectuará a partir de la fecha del reporte de la novedad.

Las novedades generadas con anterioridad al 3 de diciembre de 2015 con independencia al período al que correspondan deberán ser reportadas en los

términos y las condiciones que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 43 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.6.2 ***Reporte de novedades para trabajadores dependientes.*** El trabajador será responsable, al momento de la vinculación laboral, de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, si aún no se encuentra afiliado, y de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades de ingreso como trabajador dependiente y de movilidad si se encontraba afiliado en el régimen subsidiado. También será responsable de registrar las novedades de traslado y de movilidad, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y utilizará los medios que se dispondrán para tal fin.

El empleador será responsable de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación, sin perjuicio de su reporte a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Lo previsto en el presente inciso aplica a las Entidades Administradoras del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar contratadas por el ICBF en calidad de empleadores.

Si el trabajador no aparece inscrito en alguna EPS y no manifiesta el nombre de la entidad a la cual desea inscribirse, corresponderá al empleador, al efectuar la inscripción, registrar tal circunstancia y el Sistema de Afiliación Transaccional asignará la EPS en la cual quedará inscrito como mínimo por el término de tres (3) meses, de lo cual informará al trabajador.

Serán de cargo del empleador las prestaciones económicas y los servicios de salud a que tenga derecho el trabajador dependiente y su núcleo familiar durante el tiempo que transcurra entre la vinculación laboral y el registro de la novedad.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo serán reportadas por los empleadores y los trabajadores, en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Cuando hubiere lugar a la selección de EPS por la ausencia de información del empleado, la hará el empleador.

(Art. 44 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.6.3 ***Reporte de novedades para trabajadores independientes.*** Los afiliados al régimen contributivo en calidad de independientes son responsables de realizar su afiliación y de registrar las novedades en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para continuar cotizando, deberá registrar la novedad de retiro a más tardar dentro de los cinco (5) primeros días del mes y se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la

última cotización; si lo realiza por fuera de dicho término, se causará el pago completo de la cotización.

En el caso de las afiliaciones colectivas, las novedades serán reportadas por las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva, de conformidad con lo establecido en los artículos 3.2.6.1 a 3.2.6.13 del presente decreto.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las entidades responsables de la afiliación colectiva reportarán directamente a las EPS las novedades de sus trabajadores independientes agremiados o asociados.

(Art. 45 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.6.4 ***Reporte de novedades en la condición de los beneficiarios.*** Los trabajadores dependientes e independientes son responsables de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional, todas las novedades que se presenten en la condición de sus beneficiarios; también lo harán respecto de sus afiliados adicionales, si se hace uso de la figura prevista en el artículo 2.1.4.5. de la presente Parte.

Los beneficiarios serán responsables de registrar la novedad de fallecimiento del afiliado cotizante.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo se reportarán por los responsables directamente a la EPS.

(Art. 46 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.6.5 ***Reporte de novedades de los pensionados.*** Los pensionados o el cabeza de los beneficiarios cuando se trate de pensión sustitutiva, en su condición de cotizantes al régimen contributivo, son responsables de registrar directamente la novedad de su condición de pensionados, así como las novedades de traslado, inclusión o exclusión de beneficiarios, actualización de datos y las demás que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si el pensionado no aparece inscrito en alguna EPS o afiliado a un régimen exceptuado o especial y dentro del término de ejecutoria del acto de reconocimiento de la pensión no manifiesta el nombre de la entidad en la cual desea inscribirse, corresponderá a la administradora de pensiones, al efectuar la inscripción, registrar tal circunstancia y el Sistema de Afiliación Transaccional asignará la EPS en la cual quedará inscrito como mínimo por el término de tres (3) meses.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los pensionados adelantarán la afiliación y reporte de las novedades directamente a la EPS en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Cuando hubiere lugar a la selección de EPS por la ausencia de información del pensionado, la efectuará la administradora de pensiones, para lo cual deberá consultar la base de datos de afiliados vigente.

(Art. 47 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.6.6 ***Reporte de novedades en el régimen subsidiado.*** El afiliado cabeza de familia es responsable de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional las novedades referidas a la identificación y actualización de sus datos y las de su núcleo familiar, así como las de traslado y de movilidad.

Las entidades territoriales validarán y verificarán las novedades presentadas por los afiliados y reportarán las de su competencia.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados serán los responsables de radicar y tramitar las solicitudes de traslado y de movilidad directamente ante la EPS y las EPS lo serán de reportar las novedades de ingreso, retiro, movilidad y traslado en el régimen subsidiado de sus afiliados y de informar al afiliado en el momento de presentarse la novedad. Las entidades territoriales validarán y verificarán las novedades presentadas por las EPS y reportarán las de su competencia.

(Art. 48 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 7
TRASLADOS Y MOVILIDAD

Artículo 2.1.7.1 ***Derecho a la libre escogencia de EPS.*** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud la elección de EPS se hará directamente por el afiliado de manera libre y voluntaria. Se exceptúan de esta regla, las circunstancias de afiliación reguladas en los artículos 2.1.11.1 a 2.1.11.12 del presente decreto y en los casos de afiliación previstos en los artículos 2.1.5.1 parágrafo 3, 2.1.5.3, 2.1.6.2 y 2.1.6.4 del presente decreto o cuando la realice la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP de acuerdo con el artículo 2.12.1.6 del Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.

(Art. 49 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.2 ***Condiciones para el traslado entre entidades promotoras de salud.*** Para el traslado entre Entidades Promotoras de Salud, el afiliado deberá cumplir las siguientes condiciones:

1. El registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante o cabeza de familia podrá efectuarse en cualquier día del mes.

2. Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de trescientos sesenta (360) días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción. En el régimen contributivo el término previsto se contará a partir de la fecha de inscripción del afiliado cotizante y en el régimen subsidiado se contará a partir del momento de la inscripción del cabeza de familia. Si se trata de un beneficiario que adquiere las condiciones para ser cotizante, este término se contará a partir de la fecha de su inscripción como beneficiario.

3. No estar el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado

en una institución prestadora de servicios de salud.

4. Estar el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. Inscribir en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Cuando se trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes, si no se cumplen la totalidad de las condiciones previstas en el presente artículo, los afiliados que puedan realizar la movilidad deberán permanecer en la misma EPS y reportar dicha novedad. Una vez cumplan las condiciones, podrán trasladarse a una EPS del otro régimen.

Cuando el afiliado del régimen subsidiado adquiere la condición de cotizante por el inicio de un vínculo laboral o contractual con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el traslado de EPS entre regímenes diferentes podrá efectuarse con posterioridad a dicho término. Hasta tanto se haga efectivo el traslado, se deberá registrar la novedad de movilidad.

Cuando el afiliado perteneciente al régimen subsidiado adquiere un vínculo laboral con una duración inferior a doce (12) meses y la EPS del régimen contributivo a la cual quiere trasladarse no tiene red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta SISBEN al afiliado, éste deberá permanecer en la misma EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de movilidad. Este control se efectuará a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo 1. Cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia haya ostentado diferentes calidades como cotizante, beneficiario, afiliado adicional o afiliado al régimen subsidiado, para efectos de establecer el cumplimiento del período mínimo de permanencia, se sumarán todos los días de inscripción en la misma EPS.

El término previsto en el numeral 2 del presente artículo se contabilizará desde la fecha de inscripción inicial, teniendo en cuenta todos los días de inscripción en la misma EPS del afiliado cotizante o cabeza de familia, descontando los días de suspensión de la afiliación o de terminación de la inscripción. Cuando el afiliado deba inscribirse nuevamente en la EPS por efecto de la terminación de la inscripción o cuando se levante la suspensión por mora en el pago de los aportes, el nuevo término se acumulará al anterior.

Parágrafo 2. En el régimen subsidiado el traslado para las poblaciones especiales se efectuará por las mismas entidades o personas señaladas en el artículo 2.1.5.1. de la presente Parte.

(Art. 50 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.3 ***Excepciones a la regla general de permanencia.*** La condición de permanencia para ejercer el derecho al traslado establecida en el artículo 2.1.7.2 de la presente Parte, no será exigida cuando se presente alguna de las situaciones que se describen a continuación:

1. Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS.

2. Disolución o liquidación de la EPS.

3. Cuando la EPS, se retire voluntariamente de uno o más municipios o cuando la EPS disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

5. Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

6. Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañero(a)s permanente(s) se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.

7. Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.

8. Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 2.1.7.13 del presente decreto.

9. Cuando la afiliación ha sido transitoria por parte de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP en los términos previstos en el artículo 2.12.1.6. del Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015.

10. Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad administradora de pensiones, según lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 2.1.6.2 e inciso segundo del artículo 2.1.6.5 de la presente Parte, respectivamente.

11. Cuando el afiliado ha sido inscrito por la entidad territorial en el régimen subsidiado en el evento previsto en el parágrafo 3 del artículo 2.1.5.1 de la presente Parte.

Parágrafo. Las excepciones a la regla general de permanencia de que tratan los numerales 1 y 3 del presente artículo se entienden referidas solamente respecto del o los municipios donde se haya aplicado la medida de revocatoria parcial o el retiro.

Cuando se presenten las causales de traslado señaladas en los numerales 4 y 5 del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, o la entidad que tenga delegada esta competencia, deberá pronunciarse en un término no superior a un (1) mes contado desde la fecha en que el usuario radica la solicitud.

Una vez entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el Ministerio de

Salud y Protección Social notificará a la Superintendencia Nacional de Salud las solicitudes que se presenten por las causas de los numerales 4 y 5 del presente artículo.

(Art. 51 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.4 ***Efectividad del traslado.*** El traslado entre EPS producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado en el Sistema de Afiliación Transaccional, cuando éste se realice dentro de los cinco (5) primeros días del mes, momento a partir del cual la EPS a la cual se traslada el afiliado cotizante o el cabeza de familia y su núcleo familiar deberá garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios. Cuando el registro de la solicitud de traslado se realice con posterioridad a los cinco (5) primeros días del mes, el mismo se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha del citado registro.

La Entidad Promotora de Salud de la cual se retira el afiliado cotizante o el cabeza de familia tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones económicas, según el caso, tanto del cotizante o del cabeza de familia como de su núcleo familiar, hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

Si previo a que surta la efectividad del traslado, se presenta una internación en una IPS, la efectividad del traslado se suspenderá hasta el primer día calendario del mes siguiente a aquel en que debía hacerse efectivo, en cuyo caso la EPS de la cual se traslada deberá dar aviso a través del Sistema de Afiliación Transaccional de dicha novedad a más tardar el último día del mes.

En todo caso, los trabajadores dependientes tendrán la obligación de informar a su empleador la novedad de traslado, y los empleadores la obligación de consultar en el Sistema de Afiliación Transaccional la EPS en la cual se encuentra inscrito el trabajador una vez se tramite el traslado.

(Art. 52 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.5 ***Registro y reporte de la novedad de traslado.*** El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá los mecanismos para que los requisitos de traslado se puedan verificar automáticamente y para que los afiliados cotizantes puedan registrar la solicitud de traslado, así como la notificación del traslado a las EPS, a los afiliados cotizantes, a los aportantes y a las entidades territoriales cuando trate del traslado de EPS entre regímenes diferentes.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la solicitud del traslado se efectuará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social que se suscribirá por el afiliado de manera individual o conjunta con su empleador, según el caso, y se radicará en la EPS a la cual desea trasladarse. Una vez aprobado, la EPS receptora deberá notificar al aportante esta novedad. Cuando se trate de la novedad de traslado de EPS entre regímenes diferentes, la notificación a las entidades territoriales estará a cargo de la EPS receptora.

(Art. 53 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.6 ***Documentos para el traslado.*** El traslado entre EPS no requerirá que el afiliado cotizante o afiliado en el régimen subsidiado allegue los documentos presentados al momento de la inscripción de los integrantes de su núcleo familiar.

(Art. 54 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.7 ***Movilidad entre regímenes.*** La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales de que tratan los numerales 7, 8, 10, 11 y 12 del artículo 2.1.5.1 de la presente Parte.

En virtud de la movilidad, los afiliados descritos en el inciso anterior podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma EPS.

Cuando los afiliados ejerzan la movilidad y residan en un municipio diferente a aquel en que les fue aplicada la encuesta SISBEN, el puntaje obtenido en la encuesta practicada por el municipio de origen se considerará válido hasta tanto el municipio en el que actualmente reside el afiliado le realice la encuesta. El cambio de residencia en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento ni el reconocimiento de la UPC. Lo dispuesto en este inciso será aplicable al traslado de EPS en el régimen subsidiado.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados manifestarán su voluntad de ejercer la movilidad en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y se suscribirá y reportará ante la EPS, de manera individual y directa, cuando se realice al régimen subsidiado; y de manera conjunta con su empleador, si fuere el caso, cuando se realice al régimen contributivo. La verificación del nivel del SISBEN estará a cargo de la EPS del régimen contributivo a través de la herramienta de consulta masiva que para el efecto dispone el Departamento Nacional de Planeación.

(Art. 55 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.8 ***Registro y reporte de la novedad de movilidad.*** El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá de los mecanismos para que los requisitos de movilidad se puedan verificar con la información disponible y para que los afiliados puedan realizar directamente el trámite de movilidad, así como la notificación de la movilidad a las EPS, a los afiliados cotizantes, a los afiliados cabeza de familia, a los integrantes del núcleo familiar, a los aportantes y a las entidades territoriales.

El afiliado deberá registrar la solicitud expresa de la movilidad a los integrantes de su núcleo familiar con derecho a ser inscritos, en el formulario físico o electrónico, de acuerdo con lo previsto en la presente Parte.

La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser

registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.

La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo deberá ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el afiliado deberá registrar la solicitud de la movilidad, mediante el diligenciamiento del formulario físico adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS del régimen contributivo y subsidiado reportarán, al administrador de la base de datos de afiliados vigente, las novedades de movilidad y las entidades territoriales serán responsables de realizar las validaciones respectivas. Cuando se trate de la movilidad de un afiliado cuya encuesta SISBEN fue realizada por otro municipio, la entidad territorial donde actualmente reside el afiliado será la responsable de validar las condiciones para permanecer en el Régimen Subsidiado.

En ningún caso, la EPS podrá registrar la novedad de movilidad sin que haya mediado la solicitud suscrita por el afiliado. El reporte de la novedad de movilidad sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del afiliado en el régimen subsidiado se tendrá como práctica no autorizada, y si se incurre en ella, la EPS deberá reintegrar las UPC que por estos afiliados el Sistema le hubiere reconocido. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EPS deberán reportar la novedad de movilidad a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes contados a partir del primer día calendario del mes en que ésta se produce. Cuando se reporte por fuera de dicho término el Sistema reconocerá la UPC correspondiente a partir del mes en que se produzca el reporte.

(Art. 56 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.9 ***Acreditación de la condición de beneficiarios en la movilidad.*** La movilidad no requerirá que el afiliado cotizante o el cabeza de familia allegue nuevamente los documentos presentados al momento de la inscripción de los integrantes de su núcleo familiar, salvo los documentos que actualicen la información de los mismos.

En el evento de que el cabeza de familia no presente al momento de la inscripción de los integrantes de su núcleo familiar los documentos que acrediten la condición de beneficiarios, cuando le sean requeridos según lo dispuesto en el artículo 2.1.2.3 de la presente Parte, al registrar la novedad de movilidad al régimen contributivo deberá allegarlos en la oportunidad establecida en la presente Parte.

Parágrafo. Los documentos que acrediten la condición de beneficiarios de los afiliados que, a la vigencia del presente decreto, han ejercido la movilidad al régimen contributivo, serán exigibles en la fecha que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, vencido dicho plazo, se dará aplicación a lo previsto en el numeral

2 del artículo 2.1.3.15 de la presente Parte. Una vez acreditada la condición de beneficiarios, el FOSYGA o quien haga sus veces reconocerá y girará el valor que corresponde a la UPC del régimen contributivo.

(Art. 57 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.10 ***Efectividad de la novedad de movilidad.*** La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, una vez registrada en el Sistema de Afiliación Transaccional en los términos del artículo 2.1.7.8 del presente decreto, producirá efectos a partir del día siguiente al vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si el afiliado cotizante tuviere derecho a ellos; si no los tuviere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la novedad de movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez suscrito y radicado el formulario físico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos previstos en el artículo 2.1.7.7 del presente decreto, la novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado producirá efectos a partir del día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si los hubiere; si no los hubiere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización. La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha de la suscripción y radicación en la EPS del citado formulario.

(Art. 58 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.11 ***Prestaciones por efecto de la movilidad.*** Los cotizantes, los cabeza de familia y sus respectivos núcleos familiares, por efectos de la movilidad, tendrán derecho a la prestación continua de los servicios de salud establecidos en el plan de beneficios.

El afiliado que hubiere realizado la movilidad al régimen contributivo, como cotizante tendrá derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por licencias de maternidad y paternidad y las derivadas de las incapacidades por enfermedad general, conforme a la normativa vigente.

El afiliado que hubiere realizado la movilidad al régimen contributivo, como cotizante que se encuentre afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, tendrá derecho a la atención de los servicios de salud derivados de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, los cuales le serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, la cual repetirá contra la entidad del Sistema General de Riesgos Laborales correspondiente.

Para garantizar la prestación de los servicios de salud en la movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, las EPS del régimen contributivo, cuyo número

de afiliados en movilidad supere el diez por ciento (10%) del total de sus afiliados, deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007.

Las EPS habilitadas para operar el régimen subsidiado podrán administrar en el régimen contributivo, hasta el 10% del total de sus afiliados, con su actual habilitación, sin que se les exija el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las EPS del régimen contributivo.

No obstante, sobre este grupo de afiliados deberán cumplir con las reservas y el régimen de inversiones previsto para las EPS del régimen contributivo.

Las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados. En este evento y respecto de este grupo de afiliados, la EPS deberá aplicar y cumplir las condiciones financieras y de solvencia propias de este régimen.

Parágrafo. Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de que trata este artículo, el régimen legal aplicable para cada EPS es aquel para el cual está inicialmente habilitada.

(Art. 59 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.12 ***Recaudo de las cotizaciones.*** El pago de la cotización del afiliado que hubiere realizado la movilidad al régimen contributivo se hará a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, a la EPS del régimen subsidiado en la cual se encuentre inscrito, la que deberá girarlo a las cuentas maestras de recaudo que para tal fin hayan constituido las EPS del régimen subsidiado, con destino a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA o quien haga sus veces.

(Art. 60 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.13 ***Limitaciones a la movilidad.*** No habrá lugar a la movilidad y deberá realizarse el traslado de EPS entre regímenes diferentes, cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio.

2. Cuando a la terminación del vínculo laboral o contractual del trabajador dependiente o independiente, agotados el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, si los hubiere, no reúne las condiciones para seguir como cotizante, afiliado adicional o como beneficiario, y no registra la novedad de movilidad en los términos previstos en el artículo 2.1.7.8 del presente decreto.

3. Cuando no se registra la novedad de movilidad de los beneficiarios que pierden las condiciones establecidas para ostentar dicha calidad y no reúnen las condiciones para seguir inscritos en la misma EPS como cotizante dependiente, cotizante independiente o afiliado adicional.

En los eventos previstos en los numerales 2 y 3 del presente artículo el afiliado cotizante o los beneficiarios en el régimen contributivo deberán adelantar su inscripción en una EPS del régimen subsidiado y registrar la novedad de traslado.

(Art. 61 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.14 ***Prevalencia de la movilidad sobre el traslado.*** La novedad de movilidad prevalecerá sobre la novedad del traslado en las siguientes situaciones:

1. Cuando el cabeza de familia inscrito en una EPS del régimen subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el régimen contributivo y no haya cumplido el período de permanencia para el traslado, el cabeza de familia y su núcleo familiar deberán mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen contributivo. Para el efecto, el cabeza de familia deberá registrar la novedad de movilidad.

2. Cuando un integrante del núcleo familiar en el régimen subsidiado adquiera las condiciones para cotizar en el régimen contributivo y no haya cumplido el período de permanencia para el traslado, deberá mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado perteneciente al régimen contributivo. Para el efecto, el cabeza de familia y el integrante del núcleo familiar deberán registrar las novedades de exclusión de beneficiario y de movilidad, respectivamente.

3. Cuando el cotizante en el régimen contributivo no reúne las condiciones para continuar cotizando y no haya cumplido el período de permanencia para el traslado, el cotizante y su núcleo familiar deberán mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad. Para lo cual, el afiliado cotizante deberá registrar la novedad de movilidad en los términos previstos en el artículo 2.1.7.8 del presente decreto.

4. Cuando un beneficiario en el régimen contributivo pierda tal calidad y no haya cumplido el término de permanencia para el traslado, deberá mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el régimen subsidiado, siempre y cuando se cumplan las condiciones para la movilidad. Para el efecto, el afiliado cotizante y el beneficiario deberán registrar las novedades de exclusión de beneficiario y de movilidad, respectivamente.

Cuando se acredite el período mínimo de permanencia, el afiliado, en ejercicio del derecho a la libre escogencia, podrá permanecer en la misma EPS o ejercer el traslado de EPS entre regímenes diferentes.

Si no se acredita la condición de los beneficiarios del núcleo familiar del que pasa a ser cotizante en el régimen contributivo, se dará aplicación a lo previsto en el numeral 2 del artículo 2.1.3.15 del presente decreto. Una vez acreditada la condición de beneficiarios, el FOSYGA o quien haga sus veces reconocerá y girará el valor que corresponde a la UPC del régimen contributivo.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, en los eventos previstos en los numerales 1 y 2 del presente artículo, la EPS a la

cual se solicita el traslado deberá negar el mismo e informará al afiliado su obligación de registrar la novedad de movilidad en la EPS en la que se encuentre inscrito. En los eventos previstos en los numerales 3 y 4 del presente artículo, la EPS deberá comunicar al afiliado cotizante o al beneficiario que pierde tal calidad, la imposibilidad de efectuar el traslado entre regímenes y su obligación de registrar la novedad de movilidad en los términos previstos en el artículo 2.1.7.8 del presente decreto.

(Art. 62 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.15 ***Práctica no autorizada en la movilidad.*** Constituye práctica no autorizada el registrar o suministrar por parte del empleador o el afiliado cotizante, información falsa o engañosa de la pérdida de la relación laboral o de las condiciones para seguir cotizando como independiente para acceder a la movilidad. Cuando el empleador o el afiliado cotizante incurran en esta conducta y haya tenido lugar la movilidad deberá pagar las cotizaciones e intereses de mora que se hubieren causado, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a cargo de las autoridades competentes. Las cotizaciones e intereses de mora se girarán directamente al FOSYGA o quien haga sus veces y no habrá lugar al reconocimiento de las UPC en el régimen contributivo por estos afiliados.

(Art. 63 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.16 ***Condiciones de la operación de la novedad de movilidad.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las condiciones de orden técnico, financiero y operativas de la movilidad, tales como, las responsabilidades de los actores, la forma, medio y destinatarios de las cotizaciones, los costos de recaudo, la forma y condiciones del reconocimiento y giro del valor de las UPC, lo relativo a la provisión para las incapacidades por enfermedad general y el per cápita para promoción y prevención a EPS del régimen subsidiado.

(Art. 64 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.7.17 ***Aprobación y pago de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios.*** Cuando se produzca el traslado de una Entidad Promotora de Salud dentro de un mismo régimen o entre regímenes contributivo o subsidiado y existan sentencias de tutela que obliguen la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, tales decisiones obligarán a la Entidad Promotora de Salud receptora sin que pueda haber interrupción de los servicios de salud al afiliado.

(Art. 65 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 8
MECANISMOS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 2.1.8.1 ***Período de protección laboral.*** Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador

independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, el cotizante y su núcleo familiar gozarán del período de protección laboral hasta por uno (1) o tres (3) meses más contados a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

Durante el período de protección laboral, el afiliado cotizante y su núcleo familiar tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios por el período de un (1) mes cuando haya estado inscrito en la misma EPS como mínimo los doce (12) meses anteriores y de tres (3) meses cuando haya estado inscrito de manera continua durante cinco (5) años o más.

Cuando durante el período de protección laboral al afiliado se le otorgue el Mecanismo de Protección al Cesante previsto en la Ley 1636 de 2013 y en el Capítulo 1, del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el período de protección laboral cesará.

(Art. 66 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.8.2 ***Protección en salud a través del mecanismo de protección al cesante.*** Agotado el período de protección laboral, si lo hubiere, el afiliado que considere que cumple los requisitos para ser beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante, una vez radicada la solicitud deberá registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional tal circunstancia. Una vez otorgado el mecanismo de protección al cesante, el afiliado cotizante y su núcleo familiar mantendrán la continuidad de la prestación de los servicios que venían recibiendo y las prestaciones económicas para el cotizante en el régimen contributivo.

El afiliado cotizante que considere que cumple los requisitos para ser beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante deberá adelantar los trámites para la obtención de dicho beneficio de manera oportuna con el fin de que no afecte la continuidad de la prestación de los servicios de salud y en el evento de que no le sea otorgado el beneficio, hará uso de las otras medidas de protección previstas en el artículo 2.1.8.3 del presente decreto según corresponda.

Otorgado el beneficio del mecanismo de protección al cesante, la entidad otorgante deberá reportar al Sistema de Afiliación Transaccional el inicio y la finalización del beneficio.

En ningún caso, los pagos de los aportes al sistema de salud efectuados por las entidades otorgantes del mecanismo de protección al cesante podrán imputarse para cubrir períodos de mora en que hubiere incurrido el empleador o el cotizante independiente, por lo que la EPS no podrá interrumpir la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio del cobro de las cotizaciones en mora que deba adelantar la EPS al aportante.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, el afiliado cotizante informará directamente a la EPS, la radicación de la solicitud para acceder al citado beneficio. La entidad otorgante reportará la novedad a la EPS correspondiente, al día siguiente de la inscripción del cesante en el registro de beneficiarios.

(Art. 67 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.8.3 ***Otras medidas de protección.*** Cuando el empleador reporte la novedad de terminación del vínculo laboral o cuando el trabajador independiente pierda las condiciones para continuar como cotizante y reporte la novedad, y el afiliado no hubiere accedido o se hubiere agotado el período de protección laboral o el Mecanismo de Protección al Cesante, podrá acudir a una de las siguientes medidas de protección:

1. Si el afiliado se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBÉN o dentro de las poblaciones especiales a que hace alusión los numerales 7, 8, 10, 11 y 12 del artículo 2.1.5.1 del presente decreto, éste y su núcleo familiar mantendrán la continuidad de la prestación de los servicios del plan de beneficios en el Régimen Subsidiado, en la misma EPS aplicando la movilidad o mediante su inscripción en otra EPS si cumple el período mínimo de permanencia para ejercer el traslado.

2. Si el afiliado no se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBÉN y no tiene las condiciones para cotizar como independiente deberá adelantar su inscripción como beneficiario en el régimen contributivo, si reúne las condiciones para ello o adelantar la inscripción en la EPS del régimen contributivo bajo la figura de afiliado adicional establecida en el artículo 2.1.4.5 del presente decreto.

Los afiliados también podrán acceder al esquema financiero y operativo establecido para los trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo, de que trata el artículo 98 de la Ley 1753 de 2015, en los términos que reglamente el Gobierno Nacional.

(Art. 68 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.8.4 ***Garantía de la continuidad del aseguramiento en salud durante el trámite pensional.*** Con el fin de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Régimen Contributivo que hayan radicado documentos para solicitar el reconocimiento de una pensión a cargo del Sistema General de Pensiones que no se encuentren obligados a cotizar como independientes y no perciban otros ingresos sobre los cuales se encuentren obligados a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se seguirán las siguientes reglas:

1. Al término de la vinculación laboral se le garantizará al prepensionado y su núcleo familiar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios a través del período de protección laboral o del Mecanismo de Protección al Cesante previstos en la presente Parte, si tuviere derecho a ellos.

2. Si no hubiere lugar al período de protección laboral o al Mecanismo de Protección al Cesante o estos se hubieren agotado, el prepensionado y su núcleo familiar podrán inscribirse como beneficiarios si cumplen las condiciones para ello o bajo la figura del afiliado adicional según lo dispuesto en la presente Parte.

3. Si no reúnen las condiciones para inscribirse como beneficiarios o afiliados adicionales y el prepensionado se encuentra clasificado en los niveles I y II del

SISBEN, podrá solicitar la movilidad con su núcleo familiar al régimen subsidiado, en los términos previstos en la presente Parte.

4. Si no reúnen las condiciones para inscribirse como beneficiarios o afiliados adicionales y el prepensionado no se encuentra clasificado en los niveles I y II del SISBEN, podrá permanecer en el régimen contributivo cuando, de manera voluntaria, continúe cotizando como independiente sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente, pese a la inexistencia de la obligación de cotizar.

Reconocida la pensión de vejez, la entidad administradora o pagadora de pensiones, del valor de las mesadas pensionales retroactivas descontará el valor de las cotizaciones en salud y las girará al FOSYGA o quien haga sus veces, sin que la EPS tenga derecho a compensar por estas.

Cuando el prepensionado hubiere cotizado conforme a lo dispuesto en el numeral 4 del presente artículo, una vez giradas las cotizaciones por las mesadas retroactivas, el FOSYGA o quien haga sus veces le devolverá el monto de las cotizaciones realizadas por el período cotizado como prepensionado, en un monto equivalente a la cotización realizada sobre un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Para los efectos previstos en el numeral 4 del presente artículo, el afiliado registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional, además de la novedad de su calidad de cotizante independiente, la de prepensionado. El Ministerio de Salud y Protección Social efectuará los ajustes en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA que permita la identificación y pago de aportes del cotizante prepensionado.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la novedad se registrará en la EPS a través de la declaración de su calidad de prepensionado y el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá su identificación en la base de datos de afiliados vigente.

(Art. 69 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.8.5 ***Garantía de la continuidad de la protección en salud de los beneficiarios de un cotizante fallecido.*** Los beneficiarios de un cotizante fallecido tendrán derecho a permanecer en el Sistema en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral en los términos previstos en la presente Parte cuando el cotizante fallecido tuviere derecho a ella; en todo caso, registrarán la novedad en el Sistema de Afiliación Transaccional a más tardar en el mes siguiente al fallecimiento.

Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la novedad de que trata el presente artículo deberá reportarse directamente a la EPS.

(Art. 70 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 9
EFECTOS DE LA MORA EN EL PAGO DE LAS COTIZACIONES Y GARANTÍA DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 2.1.9.1 ***Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores dependientes.*** El no pago por dos períodos consecutivos de las cotizaciones a cargo del empleador, siempre y cuando la EPS no se hubiera allanado a la mora, producirá la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios por parte de la EPS. Durante el periodo de suspensión, el empleador en mora deberá pagar el costo de los servicios de salud que demande el trabajador y su núcleo familiar, sin perjuicio del pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes.

De acuerdo con el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, cuando ha mediado el descuento del aporte del trabajador y el empleador se abstiene de efectuar el pago de los aportes y por ello se encuentre en mora, la EPS deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar que se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias. Los costos derivados de la atención en salud del afiliado cotizante y su núcleo familiar estarán a cargo del empleador que se encuentre en mora, para lo cual la EPS cubrirá los costos y repetirá contra el empleador. Para tal efecto, el trabajador deberá allegar el desprendible de pago o su documento equivalente en el que conste que le ha sido descontado el aporte a su cargo.

Cuando el empleador no haya cumplido con la obligación de efectuar el descuento del aporte del trabajador y se encuentre en mora, durante el período de suspensión de la afiliación, la EPS en la cual se encuentre inscrito el trabajador no estará obligada a asumir la prestación de los servicios de salud, salvo que se trate de la atención de gestantes y de menores de edad. En este evento, los servicios que demanden el trabajador y su núcleo familiar serán cubiertos en su totalidad por el empleador, sin perjuicio de la obligación de pago de las cotizaciones adeudadas y de los intereses de mora correspondientes.

La EPS podrá optar por suscribir acuerdos de pago con los empleadores por las cotizaciones en mora y en este evento no interrumpirá la prestación de los servicios de salud de los trabajadores y sus núcleos familiares. Una vez obtenido el recaudo de las cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las respectivas UPC y siempre que demuestre que garantizó la prestación de los servicios de salud durante ese lapso. Si se incumplen las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, procederá la suspensión de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en el acuerdo y el costo de los servicios de salud que demanden los trabajadores y sus núcleos familiares estará a cargo del empleador. En ningún caso la suscripción de acuerdos de pago podrá involucrar la condonación de cotizaciones o intereses de mora.

Durante los periodos de suspensión por mora no habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad, licencias de maternidad y paternidad

por parte del Sistema o de la EPS y su pago estará a cargo del empleador, salvo que haya mediado un acuerdo de pago.

Los efectos previstos en el presente artículo se aplicarán siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la mora.

Cuando en cumplimiento de una decisión judicial, la EPS deba prestar servicios de salud a los trabajadores y sus núcleos familiares que tengan suspendida la afiliación por causa de la mora de su empleador, repetirá contra este último los costos de los servicios de salud en que incurrió.

Si al finalizar la vinculación laboral, el empleador se encuentra en mora, tal circunstancia no podrá constituir una barrera para que el trabajador se inscriba en una EPS a través de un nuevo empleador o como trabajador independiente, o acceda al período de protección laboral o al mecanismo de protección al cesante, o ejerza la movilidad en el régimen subsidiado con su núcleo familiar, si cumple los requisitos para ello.

Cuando se cumpla lo previsto en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya o se haya garantizado la prestación del servicio para mujeres gestantes o menores de edad, las cotizaciones en mora que se recauden, podrán ser compensadas siempre y cuando, se haya garantizado efectivamente el acceso a los servicios de salud de los afiliados por los que se recaudó la cotización. En este evento, la EPS podrá apropiar los intereses por mora que se causen por estas cotizaciones.

(Art. 71 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.9.2 ***Consecuencias de la negación de la atención en salud por la mora del empleador cuando haya mediado el descuento de los aportes.*** Cuando una EPS, a pesar de que el trabajador le haya acreditado que su empleador le practicó el descuento del aporte a salud, niegue la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios al trabajador cotizante y su núcleo familiar que se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, no tendrá derecho a recibir las UPC correspondientes a los períodos de mora.

El trabajador cotizante deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud los casos en los que la EPS niegue los servicios argumentando la mora del empleador. El reporte se hará mediante la remisión del "formato de negación de servicios" o por vía escrita o telefónica o cualquier otro medio expedito que disponga esa entidad.

Una vez recibida esta queja, la Superintendencia Nacional de Salud solicitará a la EPS las explicaciones del caso, verificará si la negación de servicios de salud obedeció a la mora del empleador, adoptará respecto de la EPS las medidas de su competencia y procederá a inscribir a la EPS en el listado de entidades que negaron servicios al trabajador. Copia de este listado será remitido mensualmente al FOSYGA o quien haga sus veces para efectos de la compensación.

Cuando el empleador en mora efectúe el pago de las cotizaciones por los períodos adeudados, la EPS deberá girar las cotizaciones y los intereses de mora que se

hubieren causado al FOSYGA o quien se haga sus veces sin que haya lugar al reconocimiento de las correspondientes UPC.

(Art. 72 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.9.3 ***Efectos de la mora en las cotizaciones de trabajadores independientes.*** El no pago por dos (2) períodos consecutivos de las cotizaciones del independiente dará lugar a la suspensión de la afiliación y de la prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito, siempre y cuando ésta no se hubiere allanado a la mora. Durante el período de suspensión de la afiliación, los servicios que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar les serán prestados a través de la red pública y estarán a su cargo los pagos previstos en el artículo 2.4.20 del presente decreto.

Cuando la afiliación y el pago de aportes se efectúa a través de una agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva y ha mediado el pago de la cotización por parte del trabajador independiente a la agremiación o asociación, las prestaciones económicas del cotizante y los costos derivados de la atención en salud que demande el trabajador independiente y su núcleo familiar, durante el período de suspensión por mora, estarán a cargo de la agremiación o asociación correspondiente.

La EPS podrá optar por garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud del trabajador independiente en mora y su núcleo familiar, cuando suscriba acuerdos de pago por las cotizaciones e intereses adeudados y una vez obtenido el recaudo de las cotizaciones adeudadas, la EPS tendrá derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC, siempre y cuando demuestre que garantizó la prestación de servicios de salud durante ese período. Si se incumplen las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, procederá la suspensión de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en el acuerdo. En ningún caso la suscripción de acuerdos de pago podrá involucrar la condonación de cotizaciones o intereses de mora.

Cuando el trabajador independiente o uno de los integrantes de su núcleo familiar se encuentre en tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, la EPS en la cual se encuentre inscrito deberá garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud al trabajador y a los integrantes de su núcleo familiar hasta por cuatro (4) períodos consecutivos de mora, vencido dicho término se le garantizará la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública sin afectar su seguridad e integridad en los términos previstos en la presente Parte.

Cuando en cumplimiento de una decisión judicial, la EPS deba prestar servicios de salud al trabajador independiente o alguno de los integrantes de su núcleo familiar que tengan suspendida la prestación de los servicios de salud por mora, repetirá contra el trabajador independiente o la agremiación o asociación autorizada para la afiliación colectiva, según el caso, por los costos en que haya incurrido.

No habrá lugar al reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidad,

licencias de maternidad y paternidad por parte del Sistema o de la EPS, durante los períodos de mora, siempre y cuando la EPS no se hubiere allanado a la misma.

Cuando las agremiaciones y asociaciones de afiliación colectiva en un período no efectúen el pago de aportes a salud de la totalidad de los trabajadores independientes agremiados, la entidad responsable del pago de aportes quedará incursa en causal de cancelación de la autorización de afiliación colectiva.

(Art. 73 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.9.4 ***Consecuencias de la suspensión de la afiliación del trabajador independiente.*** Durante el período de suspensión de la afiliación del trabajador independiente no se causará deuda por las cotizaciones e intereses de mora, sin perjuicio de que deba cancelar, los períodos de cotizaciones y los intereses de mora causados previamente a la suspensión.

Las EPS tienen la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud por los períodos consecutivos previos a la suspensión, dos (2) o cuatro (4) meses según el caso y si, como resultado de las acciones de cobro que deba adelantar, recauda las cotizaciones en mora por estos periodos tendrán derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC.

Lo anterior no exime al trabajador independiente de la obligación de reportar las novedades referidas a la perdida de las condiciones para seguir cotizando al Sistema.

(Art. 74 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.9.5 ***Garantía de la prestación de los servicios a las mujeres gestantes y beneficiarios menores de edad por efectos de la mora.*** Cuando exista mora y se trate de un cotizante independiente o dependiente o de un beneficiario, los servicios del plan de beneficios seguirán garantizándose través de la EPS a las madres gestantes por el periodo de gestación y a los menores de edad por el plazo previsto en el numeral 6 del artículo 2.1.9.6 del presente decreto.

(Art. 75 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.9.6 ***Obligaciones de las EPS frente a los aportantes en mora.*** Cuando el empleador o el trabajador independiente incurra en mora en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la EPS deberá proceder a:

1. Adelantar las acciones de cobro de los aportes en mora. La EPS deberá notificar al aportante que se encuentra en mora mediante una comunicación que será enviada dentro de los diez (10) días siguientes al mes de mora e informar que si no ha reportado la novedad de terminación de la inscripción de la EPS por haber perdido las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, deberá hacerlo a más tardar dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la misma, así como de las consecuencias de la suspensión de la afiliación; si el aportante así requerido no pagare las cotizaciones cobradas deberá remitir la cuenta de cobro cada mes. En el caso de los trabajadores independientes, además deberá informarle los

mecanismos con que cuentan para mantener la continuidad del aseguramiento en salud, así como las acciones que serán adoptadas en cumplimiento de lo previsto en la presente Parte.

2. Informar al cotizante dependiente, por cualquier medio, que su empleador se encuentra en mora en el pago de los aportes, sin perjuicio de que el Sistema de Afiliación Transaccional disponga la consulta del estado del pago de aportes.

3. Informar al aportante del traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP cuando esta entidad asuma la competencia preferente conforme a lo establecido en el artículo 178 de la Ley 1607 de 2012 y el Título 1 de la Parte 12 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan o las que los reglamenten.

4. Cuando se trate de un trabajador independiente clasificado en el nivel I y II del SISBEN, vencido el primer período de mora, deberá informarle que si no reúne las condiciones para seguir cotizando, deberá reportar la novedad correspondiente y que una vez agotado los mecanismos para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud si los hubiere, podrá ejercer la movilidad la cual deberá registrar antes de que inicie la suspensión de la prestación de los servicios de salud.

5. Cuando el trabajador independiente no se encuentre clasificado en los niveles I y II del SISBEN y no reúne las condiciones para seguir cotizando le informará que deberá reportar la novedad y agotar los mecanismos para garantizar la continuidad del aseguramiento en salud, si los hubiere. Cuando este trabajador o los integrantes de su núcleo familiar se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, antes de finalizar el cuarto mes, la EPS deberá coordinar con la entidad territorial correspondiente la continuidad de la prestación de los servicios de salud como población no asegurada a través de los prestadores de la red pública sin afectar la seguridad e integridad del paciente. Lo anterior sin perjuicio de la obligación de las personas de pagar los servicios de salud cuando no sea beneficiaria de los subsidios en salud.

6. Tratándose del trabajador dependiente a quien se le ha efectuado el descuento de su aporte y éste o los integrantes de su núcleo familiar se encuentren con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias o se trate de menores de edad, la EPS estará obligada a garantizar tal atención hasta por un término máximo de doce (12) períodos de cotización en mora conforme a lo previsto en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012; cuando se trate de las mujeres gestantes, la EPS garantizará su atención por el período de gestación. En todo caso, esta obligación cesará una vez la EPS coordine con la entidad territorial correspondiente la continuidad de la prestación de los servicios de salud a través de los prestadores de la red pública, sin afectar la seguridad e integridad del paciente, y la totalidad de su costo estará a cargo del empleador.

Parágrafo 1. Las acciones de cobro por las cotizaciones e intereses de mora adeudados serán adelantadas por las EPS conforme a los estándares de procesos que fije la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones

Parafiscales de la Protección Social – UGPP, sin perjuicio de que la Unidad ejerza las acciones de determinación y cobro de la mora en que incurran los aportantes en el pago de las cotizaciones en forma preferente, en especial, respecto de los trabajadores independientes que reportaron la novedad de pérdida de las condiciones para continuar cotizando al Sistema.

Efectuado el recaudo de las cotizaciones adeudadas la EPS no tendrá derecho al reconocimiento de las correspondientes UPC por el período en que estuvo suspendida la prestación de los servicios de salud, evento en el cual deberá girarlas al FOSYGA o quien haga sus veces.

Parágrafo 2. De las comunicaciones previstas en los numerales 1 y 3 del presente artículo, la EPS deberá guardar constancia que podrá ser requerida en cualquier momento por las autoridades del sector para la revisión, análisis y auditoría.

Parágrafo 3. Cuando el trabajador independiente, en cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 4 del presente artículo, ejerza la movilidad la novedad será reportada según lo dispuesto en el artículo 2.1.7.8 del presente decreto.

Parágrafo 4. Lo dispuesto en el numeral 6 del presente artículo será aplicable cuando la EPS se encuentre obligada a garantizar los servicios de salud de las gestantes y de los menores cuando no ha mediado el descuento del aporte del trabajador.

(Art. 76 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.9.7 ***Efectos de la mora en las cotizaciones de los pensionados.*** Cuando el pagador de pensiones incurra en mora en el pago de los aportes a cargo de los pensionados no se suspenderá la afiliación ni la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan de beneficios a estos y a sus núcleos familiares. Las EPS deberán adelantar las acciones de cobro frente a los aportantes en mora. Una vez recaude las cotizaciones en mora tendrá derecho al reconocimiento de las UPC.

(Art. 77 del Decreto 2353 de 2015)

TÍTULO 10
OTRAS DISPOSICIONES SOBRE AFILIACIÓN

Capítulo 1
Afiliación de Concejales

Artículo 2.1.10.1.1 ***Presupuestación de recursos para garantizar el acceso a los de servicios de salud.*** Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 65, 68 y 69 de la Ley 136 de 1994, los municipios y distritos deberán incluir en su presupuesto las partidas necesarias para la vinculación de los miembros de los concejos municipales a una póliza de seguro de salud o para realizar su afiliación al régimen contributivo de salud.

(Art. 1 del Decreto 3171 de 2004)

Artículo 2.1.10.1.2 ***Beneficios en salud.*** En materia de salud los concejales tendrán los mismos beneficios que actualmente reciben los servidores públicos de los municipios y distritos y en consecuencia tendrán derecho a la prestación de los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud y a la cobertura familiar consagrada en este mismo sistema.

(Art. 2 del Decreto 3171 de 2004)

Artículo 2.1.10.1.3 ***Cobertura en el tiempo.*** La póliza que se contrate o la afiliación al régimen contributivo de los concejales se efectuará por todo el período para el cual fueron elegidos, independientemente de los periodos de las sesiones de los concejos municipales y distritales. En caso de faltas absolutas o temporales, quienes sean llamados a ocupar el cargo de concejal tendrán derecho a los beneficios a que se refiere el artículo anterior, desde el momento de su posesión y hasta que concluya el período correspondiente a la vacante.

(Art. 3 del Decreto 3171 de 2004)

Artículo 2.1.10.1.4 ***Contratación del seguro de salud.*** Las entidades territoriales deberán contratar la póliza del seguro de salud con una compañía aseguradora legalmente constituida y autorizada por la Superintendencia Bancaria para explotar el ramo de salud en Colombia.

En la contratación de dicha póliza deberá establecerse el acceso a los servicios de salud en el municipio o distrito de residencia del concejal, el acceso a los diferentes niveles de complejidad establecidos en el plan obligatorio de salud y deberá contemplar la cobertura familiar.

(Art. 4 del Decreto 3171 de 2004)

Artículo 2.1.10.1.5 ***Afiliación de los concejales al régimen contributivo.*** En aquellos eventos en que no exista oferta de la póliza de seguro de salud o su valor supere el costo de la afiliación de los concejales al régimen contributivo de salud, los municipios y distritos podrán optar por afiliar a los concejales a dicho régimen contributivo en calidad de independientes aportando el valor total de la cotización.

Para tal efecto, el ingreso base de cotización será el resultante de sumar el valor total de los honorarios anuales que reciben los concejales por la asistencia a las sesiones ordinarias dividido entre doce (12).

En todo caso, con cargo a los recursos del municipio, no podrán coexistir la póliza de seguro de salud, con la afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. La afiliación de los concejales al régimen contributivo con cargo a los recursos del municipio no implica, bajo ninguna circunstancia, que estos adquieran la calidad de empleados públicos o trabajadores oficiales.

(Art. 5 del Decreto 3171 de 2004)

Capítulo 2
Afiliación de Concejales y Ediles de Bogotá

Artículo 2.1.10.3.1 ***Afiliación de los concejales y ediles al régimen contributivo.*** En aquellos eventos en que no exista oferta de la póliza de seguro de salud o su valor supere el costo de la afiliación de los concejales y ediles al régimen contributivo de salud, el Distrito Capital podrá optar por afiliarlos en calidad de independientes a dicho régimen contributivo.

Para estos efectos, el Concejo de Bogotá y los fondos de desarrollo local respectivamente, afiliarán a los concejales y ediles al régimen contributivo de salud, con cargo a sus recursos, aportando el valor de la cotización. El pago del valor de esta cotización garantiza el acceso de estos concejales y ediles al servicio de Seguridad Social en Salud en los términos del Decreto Ley 1421 de 1993.

Parágrafo 1. El ingreso base de cotización mensual de los concejales y ediles será el valor total de los honorarios que hayan percibido por la asistencia a las sesiones ordinarias y extraordinarias en el mes inmediatamente anterior, con un límite de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Parágrafo 2. La afiliación de los concejales y ediles al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud no implica, bajo ninguna circunstancia, que el Distrito adquiera la calidad de empleador frente a ellos.

Parágrafo 3. Teniendo en cuenta que la base de cotización al Sistema General de Pensiones debe ser la misma que aplica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Distrito Capital realizará, por cuenta del concejal o del edil, el pago del valor del aporte al Sistema General de Pensiones sobre esta misma base, previa deducción del monto de la cotización, con cargo a los honorarios del concejal o del edil.

(Art. 1 del Decreto 2677 de 2010)

Artículo 2.1.10.3.2 ***Presupuestación.*** Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículos 34 y 72 del Decreto Ley 1421 de 1993 y en el presente capítulo, el Distrito Capital deberá incluir en su Presupuesto General las partidas necesarias para realizar la afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los concejales y ediles.

(Art. 2 del Decreto 2677 de 2010)

Capítulo 3
Servicios de salud a población privada de la libertad

Artículo 2.1.10.3.1. ***Servicios de salud de la población privada de la libertad a cargo del INPEC.*** La prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC, a través del modelo de atención

por parte del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad prevalecerá sobre la atención en salud a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o de los regímenes exceptuados o especiales.

Las personas privadas de la libertad que, de acuerdo con la normativa vigente, estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán efectuar el pago de sus aportes y no tendrán acceso a las prestaciones asistenciales y económicas a cargo del Sistema. Los servicios de salud al núcleo familiar, si lo hubiere, le serán prestados a través de la EPS en la cual realice las cotizaciones. La EPS sólo recibirá la Unidad de Pago por Capitación – UPC por los integrantes del núcleo familiar. Lo anterior sin perjuicio de que puedan suscribir o renovar un plan voluntario de salud.

El Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad tendrá la obligación de reportar al Sistema de Afiliación Transaccional la información de la población privada de la libertad a su cargo.

(Art. 84 del Decreto 2353 de 2015)

Capítulo 4
Afiliación de extranjeros y funcionarios en el exterior

Artículo 2.1.10.4.1 ***Afiliación de los extranjeros solicitantes de la condición de refugiados o asilados.*** Los extranjeros solicitantes de la calidad de refugiados o asilados ante el Estado colombiano que cuenten con salvoconducto de permanencia, conforme a lo previsto en el Título 3, Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1067 de 2015 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se afiliarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o como afiliados al Régimen Subsidiado, si cumplen las condiciones para ello.

(Art. 88 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.10.4.2 ***Régimen aplicable a los funcionarios que prestan el servicio en el exterior.*** Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior, se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de compañías aseguradoras, mediante contratos que suscriba la entidad de la que formen parte, de manera que todos los funcionarios reciban el mismo plan en condiciones similares al servicio ofrecido en Colombia para los afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS, dentro de las posibilidades del mercado extranjero. El régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud, les será aplicable una vez los funcionarios retornen al país.

La entidad empleadora cuyos funcionarios públicos presten el servicio en el exterior y respecto de los cuales se hubiere contratado la póliza a que hace alusión el inciso anterior, deberá efectuar los aportes correspondientes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.

(Art. 72 del Decreto 806 de 1998 modificado por el artículo 1 del Decreto 1323 de 2009)

TÍTULO 11
ASIGNACIÓN DE AFILIADOS POR RETIRO O LIQUIDACIÓN VOLUNTARIA, REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN O DE LA AUTORIZACIÓN O INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA LIQUIDAR UNA EPS

Artículo 2.1.11.1 ***Objeto y campo de aplicación.*** El presente Título tiene por objeto establecer las condiciones para garantizar la continuidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo o subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento del régimen contributivo o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

(Art. 1 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.2 ***Asignación de afiliados.*** Es aquel mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el artículo 2.1.11.1 a las EPS que operen o sean autorizadas para operar en el mismo régimen, en el municipio o departamento en donde venían operando las primeras. Ninguna EPS habilitada o autorizada podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Parágrafo. El mecanismo de asignación de afiliados se aplicará cuando los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria, o revocan la autorización o habilitación de una EPS se encuentren debidamente ejecutoriados. Cuando se trate de intervenciones forzosas administrativas para liquidar, la asignación aplicará con la notificación del acto administrativo a la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 2 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.3 ***Procedimiento de asignación de afiliados.*** Una vez ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria o revocan la autorización o habilitación, o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, el liquidador o el representante legal de la EPS procederá a realizar la asignación de los afiliados entre las demás EPS habilitadas o autorizadas en cada municipio, teniendo en cuenta los siguientes términos y procedimientos:

Si el acto administrativo queda ejecutoriado o es notificado, según corresponda, dentro de los últimos quince (15) días del mes, la asignación de afiliados debe realizarse en los primeros quince (15) días del mes siguiente; en los demás casos la asignación de afiliados debe realizarse en el mismo mes de ejecutoria o notificación del acto administrativo. En todo caso las EPS que asignan los usuarios serán responsables del aseguramiento hasta el último día del mes en el cual se realiza la asignación. A partir del primer día del mes siguiente las Entidades Promotoras de Salud que reciben los usuarios asumirán el aseguramiento y

garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los usuarios asignados.

Transcurridos noventa (90) días calendario, los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio de su residencia y que administren el régimen al cual pertenecen.

Los afiliados serán distribuidos por grupos familiares, con base en los siguientes criterios:

1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo se distribuirán el 50% en partes iguales entre las EPS que operen en cada municipio y el restante 50% en forma proporcional al número de afiliados de las EPS en cada entidad territorial.

2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo, se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral 1 del presente artículo.

De manera concomitante a la asignación, el liquidador o representante legal de la Entidad Promotora de Salud entregará la información de afiliación de la población, a cada una de las Entidades Promotoras de Salud a las que se les asignaron afiliados, para que estas, de conformidad con la normatividad vigente, registren la novedad de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados.

Parágrafo. Ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro voluntario, revocan la autorización o habilitación o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, quedarán suspendidos los traslados voluntarios de los afiliados de las EPS incursas en una de estas circunstancias.

(Art. 3 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.4 ***Mecanismo de asignación especial de afiliados.*** En aquellos casos de liquidación, de revocatoria de la autorización de funcionamiento del Régimen Contributivo o del certificado de habilitación para el Régimen Subsidiado, de retiro voluntario o intervención forzosa administrativa para liquidar, en los cuales la población afiliada a la respectiva EPS supere el cuatro por ciento (4%) de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá aprobar la asignación especial de toda la población o parte de ella, a una o varias EPS receptoras habilitadas en el respectivo departamento. Todo lo anterior deberá producirse previa solicitud y presentación del plan de asignación especial por parte del representante legal o el liquidador de la EPS interesada en realizar la asignación especial, al cual se anexará la comunicación de aceptación firmada por el representante legal de cada una de las EPS que se proponen como receptoras.

Para la aprobación del plan especial de asignación, la Superintendencia Nacional de Salud deberá considerar la menor afectación en la prestación de los servicios y la viabilidad financiera del mismo.

Una vez aprobado el plan especial de asignación por la Superintendencia Nacional de Salud y distribuida y asignada la población de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo, deberán aplicarse las demás reglas contenidas en el presente decreto.

Parágrafo 1. En caso de que la Superintendencia Nacional de Salud no apruebe el plan especial de asignación de afiliados, la distribución deberá surtirse de conformidad con las reglas generales del presente decreto.

Parágrafo 2. El plan especial de asignación incluirá el traslado de los afiliados en movilidad, para lo cual su asignación se realizará a las mismas Entidades Promotoras de Salud receptoras, sin importar el régimen de la entidad que se retira o liquida.

Parágrafo 3. En aquellos casos en que por la asignación de afiliados de que trata el presente artículo una EPS reciba una población de afiliados igual o superior al dos por ciento (2%) del total de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la misma podrá presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud el plan de ajuste de que trata el parágrafo 3 del artículo 2.5.2.2.1.12 del presente decreto, el cual podrá incluir la sumatoria del defecto del ente receptor antes del traslado, con el que surja como consecuencia de dicho traslado y diferir la capitalización de las pérdidas del ejercicio que pudieren resultar en cualquier periodo.

(Art. 3A del Decreto 3045 de 2013 adicionado por el artículo 1 del Decreto 2089 de 2015)

Artículo 2.1.11.5 ***Procedimiento ante la ausencia de otras Entidades Promotoras de Salud.***

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones, determine que no es posible la asignación de los afiliados en municipios que no cuentan con otras Entidades Promotoras de Salud que administren el mismo régimen de aquellas que se retiran, invitará a las Entidades Promotoras de Salud, que operan en el mismo departamento o en su defecto, en departamentos circunvecinos, para que manifiesten su voluntad de recibir los afiliados. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a aquella entidad promotora de salud que cuente con el mayor número de afiliados de aquellas que hayan expresado su voluntad de recibirlos.

Si ninguna Entidad Promotora de Salud manifiesta la voluntad de recibir los afiliados, la Superintendencia Nacional de Salud definirá la Entidad Promotora de Salud que no haya sido sujeto de medidas administrativas en el último año y que cuente con el mayor número de afiliados en el departamento.

El liquidador o el representante legal de la EPS asignará los afiliados entre las Entidades Promotoras de Salud autorizadas en las condiciones antes señaladas, aplicando el procedimiento previsto en el artículo 2.1.11.3 del presente decreto.

Parágrafo. La aceptación expresada por la Entidad Promotora de Salud determina la autorización de operación del aseguramiento en todos los municipios del departamento, por lo tanto, se entenderán autorizadas para recibir afiliados sin necesidad de requisito previo, capacidad adicional o trámite especial; sin perjuicio de que trascurridos seis (6) meses después de la asignación, la Entidad Promotora de Salud deba solicitar la ampliación de cobertura geográfica y capacidad de afiliación, atendiendo las disposiciones que sobre el particular rigen la materia.

(Art. 4 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.6 ***Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que reciben los afiliados.*** Además de las obligaciones propias de su naturaleza, las Entidades Promotoras de Salud que reciban los afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente decreto deberán:

1. Informar a los afiliados, que han sido asignados a dicha Entidad Promotora de Salud, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que cumple funciones de aseguramiento, suministrando los números telefónicos, las direcciones electrónicas, el sitio web y la ubicación física donde pueden contactarse; la fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud y el derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de 90 días contados a partir de tal fecha.

2. Informar a empleadores, entidades públicas o privadas pagadoras de pensiones, a través de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que asumirá las funciones de aseguramiento, los datos de los sitios físicos, electrónicos y números telefónicos de contacto a través de los cuales ofrecerá atención e información sobre los afiliados asignados.

3. Disponer a través de su página web, para consulta general el listado de afiliados asignados.

(Art. 5 del Decreto 3045 de 2013 modificado por el artículo 2 del Decreto 2089 de 2015)

Artículo 2.1.11.7 ***Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que asignen a sus afiliados.*** El liquidador o el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente decreto deberán:

1. Informar a los afiliados que han sido asignados a otra Entidad Promotora de Salud, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que cumple funciones de aseguramiento.

2. Informar a los aportantes de los afiliados asignados, por medio de comunicación escrita, su obligación de cotizar a la EPS receptora y la fecha a partir de la cual debe hacerlo.

3. Entregar a cada una de las EPS receptoras la carpeta original con los documentos soporte de afiliación de cada afiliado asignado.

4. Entregar a cada una de las EPS receptoras, la base de datos de usuarios con fallos de tutela y Comité Técnico Científico (CTC) aprobados de cada afiliado asignado y la carpeta con los documentos soporte de la tutela y el CTC de las prestaciones continuas.

5. Disponer a través de su página web, para consulta general el listado de afiliados asignados.

6. Realizar las acciones de cobro de las cotizaciones causadas hasta el momento del traslado efectivo de los afiliados, así como el proceso de compensación, de conformidad con la normatividad vigente.

7. Garantizar que los afiliados entregados queden efectivamente trasladados y registrados en la Base Única de Afiliados (BDUA) o el instrumentos que haga sus veces en las EPS receptoras.

8. Verificar que no queden registros de afiliados a su cargo en la Base Única de Afiliados (BDUA) o el instrumento que haga sus veces. Para el efecto, deberá adelantar los procedimientos establecidos en la normatividad vigente para la depuración de los registros.

9. Entregar a las EPS receptora la información de los servicios autorizados que a la fecha de la asignación no hayan sido prestados.

10. Entregar a las EPS receptoras la información de las prestaciones económicas no liquidadas.

(Art. 6 del Decreto 3045 de 2013 modificado por el artículo 3 del Decreto 2089 de 2015)

Artículo 2.1.11.8 ***Obligaciones de recaudo y compensación.*** Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que habiendo realizado asignación de afiliados recauden cotizaciones por dichos afiliados, correspondientes a periodos posteriores a la asignación, deberán trasladarlos de manera inmediata a las Entidades Promotoras de Salud receptoras para efectos del proceso de giro y compensación.

(Art. 7 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.9 ***Obligaciones de los empleadores y trabajadores independientes.*** El empleador o trabajador independiente no podrá suspender el pago de la cotización a la Entidad Promotora de Salud que haya sido objeto de la revocatoria de autorización de funcionamiento para administrar el régimen contributivo, intervención forzosa administrativa para liquidar, retiro o liquidación voluntaria, hasta tanto se haga efectivo el traslado del afiliado y de su grupo familiar, momento a partir del cual las cotizaciones deberán efectuarse a la Entidad Promotora de Salud receptora y esta será responsable de la prestación de los servicios de salud.

(Art. 8 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.10 ***Garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud receptoras de afiliados asignados, a quienes la Entidad Promotora de Salud de donde provienen les hubiese autorizado procedimientos o intervenciones que a la fecha de asignación no hayan sido realizados deberán reprogramarlos dentro de los 30 días siguientes a la asunción de la prestación de los servicios, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente, caso en el cual deberá garantizar la oportuna atención.

En el caso de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios que deban prestarse en virtud de fallos de tutela o hayan sido autorizados por CTC, la Entidad receptora garantizará la continuidad del tratamiento.

En ningún caso se podrán requerir trámites adicionales al afiliado.

(Art. 9 del Decreto 3045 de 2013 modificado por el artículo 4 del Decreto 2089 de 2015)

Artículo 2.1.11.11 ***Vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud vigilará la aplicación del procedimiento previsto en el artículo 2.1.11.3 del presente decreto; su incumplimiento dará lugar a las sanciones contempladas en la normatividad vigente.

(Art. 10 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.11.12 ***Del retiro voluntario de las EPS del régimen subsidiado.*** Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado podrán solicitar autorización de retiro ante la Superintendencia Nacional de Salud en forma parcial, siempre y cuando hayan operado continuamente al menos durante un año en el municipio, departamento o región de la cual pretenden su retiro. Frente a las solicitudes de retiros parciales la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aplicación de la obligatoriedad de su retiro integral del departamento al cual pertenece el municipio de retiro.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado que se hayan retirado total o parcialmente de manera voluntaria, podrán solicitar autorización a la Superintendencia Nacional de Salud para volver a operar, caso en el cual la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizarlas siempre y cuando haya trascurrido un año desde la autorización de su retiro voluntario.

(Art. 11 del Decreto 3045 de 2013)

TÍTULO 12
PORTABILIDAD

Artículo 2.1.12.1 ***Objeto.*** El presente Título tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.2 ***Ámbito de aplicación.*** Este Título se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las autoridades territoriales de salud que, en razón de sus deberes y facultades, intervengan para garantizar la portabilidad del seguro de salud en el territorio nacional.

(Art. 2 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.3 ***Domicilio de afiliación.*** Es el municipio en el cual tiene lugar la afiliación de una persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En dicho municipio, o en un municipio cercano por residencia o facilidad de acceso y de acuerdo con la elección del afiliado, la Entidad Promotora de Salud, deberá adscribir tanto a este, como a su núcleo familiar a una IPS primaria, como puerta de acceso a su red de servicios en dicho municipio y por fuera de él.

Parágrafo. Para los efectos de este Título, los distritos y corregimientos departamentales se asimilan a los municipios.

(Art. 3 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.4 ***Portabilidad.*** Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el presente Título.

(Art. 4 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.5 ***Operación de la portabilidad.*** Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en un municipio diferente a aquel donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

1. **Emigración ocasional:** Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la posterior a esta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. Las Entidades Promotoras de Salud, reconocerán al prestador los costos de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada

para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

2. **Emigración temporal:** Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.

3. **Emigración permanente:** Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel Sisbén establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

4. **Dispersión del núcleo familiar:** Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

(Art. 5 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.6 ***Procedimiento para garantizar la portabilidad.*** Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud (EPS), allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente.

En todo caso, la no existencia o no vigencia de dichos acuerdos, no podrá ser obstáculo para el ejercicio del derecho a la portabilidad por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que lo requieran y la EPS deberá garantizarlo con sujeción a las siguientes reglas y procedimiento:

1. Toda EPS deberá contar dentro de su página web con un minisitio dedicado a portabilidad. El minisitio debe contener como mínimo:

a) Información general sobre el derecho a la portabilidad y su regulación.

b) Correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, a través del cual, el afiliado podrá informar de su condición de emigrante y el requerimiento del ejercicio de la portabilidad de su seguro de salud,

c) Información de las solicitudes de portabilidad con documento de identidad, fecha de la solicitud, IPS asignada y observaciones si las hubiere, para consulta de los afiliados y las IPS.

d) Espacio para trámite de autorizaciones de actividades, procedimientos, intervenciones o suministros de mayor complejidad, ordenados por la IPS primaria del municipio receptor u otra instancia autorizada. Para estos trámites, se observarán las condiciones establecidas en las normas vigentes.

e) Espacio para trámites, comunicación e información entre la EPS y las IPS que atiendan sus pacientes en el marco de la portabilidad.

En todo caso, dependiendo de las condiciones del desarrollo local, la EPS procurará los mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento y las Direcciones Territoriales de Salud, deberán tener disponible la información pertinente sobre las EPS y brindar apoyo a los usuarios que lo requieran para el trámite del ejercicio de su portabilidad.

2. Un afiliado podrá solicitar ante la EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio de que disponga la EPS para el efecto, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación, en el marco de las reglas aquí previstas. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si esta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.

La presentación personal del afiliado ante una IPS en el municipio receptor también podrá servir para iniciar el trámite de portabilidad entre EPS e IPS. En este caso, mientras se confirma la adscripción solicitada, procederá la atención de urgencias o como emigración ocasional.

3. La EPS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud, deberá informar al afiliado la IPS a la cual ha sido adscrito en el municipio receptor y las opciones que el afiliado tendría para cambiarse. Así mismo, informará a la IPS primaria del domicilio de afiliación de la exclusión de este afiliado de su listado de adscritos.

Si la EPS le asigna una IPS primaria dentro de su red, el afiliado no podrá escoger otra por fuera de dicha red y solo podrá cambiarse de IPS dentro de las opciones de la red de la EPS en el municipio receptor.

Si la EPS no informa al afiliado respecto de la nueva IPS de adscripción dentro del término antes indicado, el afiliado podrá solicitar el servicio ante cualquier prestador de baja complejidad y, por referencia de este, ante otros de mayor complejidad. En este evento, la IPS estará obligada a prestar el servicio y la EPS a pagarlo a las tarifas que tenga pactadas con dicho prestador o, en su defecto, a las tarifas SOAT. Para permitir acceder a este servicio, la IPS deberá verificar la identidad de la persona, el correo electrónico que comunica la emigración y solicita la portabilidad y la correspondiente afiliación a la EPS.

4. En el caso anterior, de libre elección de prestador por ausencia de respuesta de la EPS, así como en los casos de urgencias, la IPS deberá informar de la atención en curso a la EPS respectiva, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de la atención, a través del correo electrónico para portabilidad que cada EPS obligatoriamente debe tener habilitado.

5. Hasta tanto se cuente con la disponibilidad de historia clínica digital en la web, la EPS facilitará la mayor información clínica posible al prestador en el municipio receptor, mediante trámites directos entre las dos entidades y la IPS primaria del domicilio de afiliación, que no deben transferirse como carga al usuario, ni su ausencia o deficiencia convertirse en obstáculo para la atención.

(Art. 6 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.7 ***No exigencia de requisitos adicionales a las EPS para garantizar la portabilidad.*** Para efectos de garantizar la operación de la portabilidad como mecanismo excepcional, a las Entidades Promotoras de Salud no se les requerirá nueva habilitación, autorización donde no operan, ni capacidad de afiliación adicional.

(Art. 7 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.8 ***Reconocimiento de UPC.*** El valor a reconocer a una EPS, por el aseguramiento en salud de un afiliado que emigra de su municipio de afiliación y solicita la portabilidad, será siempre el que corresponda a la UPC asignada al municipio domicilio de afiliación, sin tener en cuenta si el municipio receptor tiene asignada una UPC menor o mayor.

(Art. 8 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.12.9 ***Financiamiento de la UPC en la portabilidad en el Régimen Subsidiado.*** Cuando se trate de la emigración de un afiliado del Régimen Subsidiado, la respectiva UPC se financiará con cargo a los recursos y fuentes que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud en el municipio domicilio de la afiliación.

En relación con los servicios que presten las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado, en el marco de la portabilidad, las Entidades Promotoras de Salud darán aplicación a la medida de giro directo prevista en la normatividad vigente.

(Art. 9 del Decreto 1683 de 2013)

TÍTULO 13
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 2.1.13.1 ***Licencia de maternidad.*** Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de maternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que la afiliada cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación.

Cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras dependientes y en el caso de las trabajadoras independientes se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación se reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación.

En los casos en que durante el período de gestación de la afiliada, el empleador o la cotizante independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones, habrá lugar al reconocimiento de la licencia de maternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.

En el caso del trabajador independiente las variaciones en el Ingreso Base de Cotización que excedan de cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, no serán tomadas en consideración, en la parte que excedan de dicho porcentaje, para efectos de liquidación de la licencia de maternidad o paternidad.

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

En el caso del trabajador dependiente, cuando la variación del IBC exceda el cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores se dará traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP y demás autoridades competentes para que adelanten las acciones administrativas o penales a que hubiere lugar.

(Art. 78 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.2 ***Licencia de maternidad de la trabajadora independiente con un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente.*** Cuando la trabajadora independiente cuyo ingreso base de cotización sea de un salario mínimo mensual legal vigente haya cotizado un período inferior al de gestación tendrá derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad conforme a las siguientes reglas:

1. Cuando ha dejado de cotizar hasta por dos períodos procederá el pago completo de la licencia.

2. Cuando ha dejado de cotizar por más de dos períodos procederá el pago

proporcional de la licencia en un monto equivalente al número de días cotizados que correspondan frente al período real de gestación.

(Art. 79 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.3 ***Licencia de paternidad.*** Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de paternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación de la madre y no habrá lugar al reconocimiento proporcional por cotizaciones cuando hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación.

En los casos en que durante el período de gestación, el empleador del afiliado cotizante o el trabajador independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones habrá lugar al reconocimiento de la licencia de paternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

(Art. 80 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.4 ***Incapacidad por enfermedad general.*** Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.

(Art. 81 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.5 ***Regímenes exceptuados o especiales y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** Las condiciones de pertenencia a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo y deberá afiliarse a los primeros. En consecuencia, no podrán estar afiliados simultáneamente a un régimen exceptuado o especial y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar los servicios de salud en ambos regímenes.

Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.

Los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente tendrán la obligación de reportar al Sistema de Afiliación Transaccional la información de

identificación y estado de afiliación de su población afiliada.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA o quien haga sus veces. Los servicios de salud serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrá recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectuó los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces.

Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañera o compañero permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, obligado a cotizar deberá afiliarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar o la composición del núcleo familiar según lo previsto en el presente decreto, el obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus beneficiarios se afiliarán a este último.

(Art. 82 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.6 ***Restitución de recursos por efecto de la afiliación múltiple que involucre un régimen exceptuado o especial.*** En el evento de que un afiliado a alguno de los regímenes exceptuados o especiales se haya afiliado simultáneamente a una Entidad Promotora de Salud -EPS-, el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quien haga sus veces deberá solicitar a la respectiva EPS la restitución de los recursos que por concepto de UPC se le hubieren reconocido por dicho afiliado durante el tiempo de la afiliación múltiple.

Las EPS deberán solicitar al operador del régimen exceptuado o especial al que pertenezca el afiliado, la restitución del valor de los servicios que le haya prestado durante el tiempo de la afiliación múltiple y el operador del régimen exceptuado o especial deberá pagar el costo de los servicios de salud a la EPS dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que la EPS haya efectuado la restitución de UPC al FOSYGA o quien haga sus veces, so pena de la generación de intereses moratorios de conformidad con lo previsto en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

Cuando se trate de un afiliado a los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la Policía Nacional o del Magisterio, del monto a restituir por UPC giradas durante el período que duró la afiliación múltiple las EPS podrán descontar el valor de los servicios prestados, incluyendo el valor de la contratación por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo. Si el valor de los servicios prestados es inferior al valor de las Unidades de Pago por Capitación giradas, la EPS deberá restituir la diferencia correspondiente al FOSYGA o quien haga sus veces. Si el valor de los servicios es superior al valor de las UPC giradas la EPS así lo reportará al FOSYGA o quien haga sus veces y podrá cobrar el

remanente directamente al operador del respectivo régimen de excepción.

De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el FOSYGA o quien haga sus veces se subrogará en los derechos de las EPS para el cobro del valor de los servicios que fueron descontados del monto de las UPC a restituir, a los operadores de los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la policía nacional o del magisterio.

Parágrafo 1. Las entidades que operen los regímenes exceptuados o especiales deberán gestionar los recursos necesarios para garantizar el pago de los servicios prestados por las EPS a los afiliados a tales regímenes, producto de los estados de afiliación múltiple.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos y condiciones para que las EPS restituyan el valor de los recursos correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación -UPC giradas durante el tiempo de la afiliación múltiple, para lo cual podrá suscribir acuerdos de pago por las UPC adeudadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los términos y condiciones para la procedencia del descuento del valor de las UPC, giradas durante el período que duró la afiliación múltiple, de los servicios prestados al afiliado a los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la Policía Nacional o del Magisterio.

(Art. 83 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.7 ***Contratación de planes voluntarios de salud.*** Las entidades que oferten planes voluntarios de salud deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes, al momento de la suscripción o la renovación, a personas que estando obligadas a pertenecer al régimen contributivo no se encuentren previamente inscritas en una EPS de dicho régimen.

El incumplimiento de esta obligación acarrea para la entidad prestataria del plan voluntario de salud la responsabilidad en la atención integral en salud del afiliado.

La entidad quedará exceptuada de esta obligación cuando el afiliado se retire del régimen contributivo de salud, con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato.

Todas las entidades que oferten planes voluntarios de salud tendrán la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el listado de las personas beneficiarias de estos planes conforme a la estructura y contenidos definidos por el Ministerio.

Las personas afiliadas a los regímenes exceptuados o especiales podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen exceptuado o especial al que pertenezcan.

El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá la información para la consulta sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 85 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.8 ***Modificaciones a la capacidad de afiliación.*** Las modificaciones a la capacidad de afiliación geográfica, poblacional, mixta o de redistribución de una Entidad Promotora de Salud estarán sujetas a dos regímenes de autorización, de autorización general y de autorización previa.

Estarán sujetas al régimen de autorización general las modificaciones a la capacidad de afiliación, referentes al aumento poblacional o de cobertura geográfica en otros municipios o departamentos o de redistribución en municipios autorizados siempre y cuando la Entidad Promotora de Salud no se encuentre en causal de disolución o liquidación, o de revocatoria o suspensión del certificado de autorización conforme a lo dispuesto en el artículo 230 de la Ley 100 de 1993 en causal de la revocatoria de la habilitación.

Estará sujeta al régimen de autorización previa toda disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica. También aplicará este régimen cuando la Entidad Promotora de Salud no cumpla los criterios para acceder al régimen de autorización general, cuando la entidad se encuentre sometida al cumplimiento de algún plan de desempeño o de instrucciones especiales emitidas por algún organismo de inspección, vigilancia y control o cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

En el régimen de autorización general, la Entidad Promotora de Salud deberá registrar y radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud en los primeros quince días de cada mes, las modificaciones a la capacidad de afiliación realizadas en el mes inmediatamente anterior. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá un control posterior.

Efectuada la modificación a la capacidad de afiliación, la EPS deberá garantizar la suficiencia de la red prestadora para la nueva población y como producto de la afiliación realizar los ajustes financieros a que haya lugar conforme a lo dispuesto en la Sección 1 del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto.

En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha superado su capacidad autorizada.

(Art. 86 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.9 ***Procesos de reorganización institucional.*** En los procesos de fusión, escisión, creación de nuevas entidades u otras formas de reorganización institucional, las EPS participantes podrán ceder sus afiliados a la Entidad Promotora de Salud resultante del proceso de reorganización institucional. El plan de reorganización institucional correspondiente deberá ser presentado ante la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación la cual deberá verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos mínimos:

1. Que la entidad o las entidades que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización.

2. Que la entidad que cede sus afiliados realice simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos, asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante de la reorganización.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá las condiciones y requisitos para la presentación del plan de reorganización y la aplicación de las demás disposiciones del presente artículo.

(Art. 87 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.10 ***Vinculación a las entidades que administren el sistema general de seguridad social en salud.*** La afiliación al sistema general de Seguridad Social en salud es independiente de la afiliación al Sistema general de Pensiones y al Régimen de Riesgos Laborales.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, cada afiliado podrá seleccionar la Entidad Promotora de Salud a la cual desea estar vinculado.

(Art. 2 del Decreto 695 de 1994)

Artículo 2.1.13.11 ***Restricciones temporales para el traslado de administradora en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en las normas vigentes, será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que, como consecuencia de tal incumplimiento, haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia de Salud por el desconocimiento de tales disposiciones.

(Art. 44 del Decreto 1406 de 1999, parágrafo 1)

PARTE 2
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

TÍTULO 1
APORTES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Capítulo 1
Reglas para el pago de aportes

Sección 1. Autoliquidación de aportes

Artículo 2.2.1.1.1.1 ***Declaraciones de autoliquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.*** La obligación de presentar la declaración de autoliquidación de aportes subsistirá mientras el aportante no cumpla con la

obligación de reportar el cese definitivo de sus actividades, según se señala en el inciso 3 del artículo 5 del Decreto 1406 de 1999.

(Art. 7 del Decreto 1406 de 1999, inciso 3)

Artículo 2.2.1.1.1.2 ***Administración diferenciada de aportantes.*** Los aportantes se clasifican como grandes o pequeños, según el número de trabajadores vinculados por contrato de trabajo o mediante una relación legal y reglamentaria que laboren a su servicio, y como trabajadores independientes.

El aportante deberá clasificarse al momento de la presentación de la primera autoliquidación de aportes a cada entidad administradora, que se efectúe con posterioridad al 2 de agosto de 1999, y deberá cumplir con sus obligaciones de declaración y pago, en la forma prevista en éste para cada clase de aportante.

(Art. 15 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.3 ***Trabajadores Independientes.*** Se clasifica como trabajador independiente a aquel que no se encuentre vinculado laboralmente a un empleador, mediante contrato de trabajo o a través de una relación legal y reglamentaria.

Se considerarán como trabajadores independientes aquellos que teniendo un vínculo laboral o legal y reglamentario, además de su salario perciban ingresos como trabajadores independientes.

Para los efectos del sistema de liquidación de aportes que establece la presente Sección, se asimilan a trabajadores independientes los grupos de población subsidiados dentro del Régimen General de Pensión.

(Art. 16 del Decreto 1406 de 1999, literal c)

Artículo 2.2.1.1.1.4 ***Reclasificación de los aportantes por cambio en el número de trabajadores.*** Si durante los diez (10) primeros meses del año calendario aumenta el promedio mensual de trabajadores al servicio del aportante, en forma tal que implique su reclasificación como gran aportante, esta solo tendrá efecto a partir de la autoliquidación de aportes que deba presentarse por el primer período del año calendario inmediatamente siguiente.

A partir de dicha fecha, el aportante cumplirá sus obligaciones legales para con el sistema conforme a su nueva clasificación, sin necesidad de requerimiento previo alguno por parte de la entidad administradora.

Una vez el aportante haya sido clasificado o reclasificado como gran aportante, conservará dicha calidad por todo el tiempo que dure su relación con el Sistema de Seguridad Social Integral, con independencia del número de trabajadores que tenga efectivamente a su servicio.

(Art. 17 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.5 ***Reclasificación de Oficio.*** Cuando el aportante se clasifique en forma incorrecta y no cumpla con sus obligaciones de la manera que corresponda de acuerdo con su categoría, la entidad administradora procederá a reclasificarlo de oficio. Será exigible el cumplimiento de las obligaciones, conforme a la categoría correspondiente, a partir del momento en que ellas surgieron y su cumplimiento extemporáneo dará lugar a la aplicación de las correspondientes sanciones.

(Art. 18 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.6 ***Liquidación del valor de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores independientes.*** La entidad administradora, a partir de la declaración anual del Ingreso Base de Cotización o presunción del mismo, según corresponda, determinará la cotización base correspondiente al trabajador independiente, y generará, entregará o remitirá los comprobantes para el pago de aportes que correspondan al año respectivo. En todo caso, los aportantes deberán verificar dicha liquidación, y con su firma refrendarán la validez de la información contenida en el comprobante que, por ende, adquirirá fuerza vinculante para todos los efectos legales.

Si el aportante no está de acuerdo con la liquidación hecha por la entidad administradora, corregirá la información ajustando el monto a pagar y cancelará el monto de las cotizaciones que conforme a sus cálculos sea correcto. En este caso, el aportante diligenciará una declaración completa de autoliquidación que soporte el pago efectuado.

(Art. 26 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.7 ***Declaración de novedades y pago de cotizaciones en los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones.*** Los trabajadores independientes deberán presentar la declaración de novedades y realizar el pago de las respectivas cotizaciones por períodos mensuales y en forma anticipada. Las novedades que ocurran y no se puedan reportar anticipadamente, se reportarán al mes siguiente.

(Art. 35 del Decreto 1406 de 1999, inciso 1)

Artículo 2.2.1.1.1.8 ***Autoliquidación de aportes por sucursales.*** El aportante podrá presentar la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, y pagar las cotizaciones por cada una de sus sucursales de manera independiente en los lugares que señalen las entidades administradoras. Para estos efectos, cada sucursal podrá comprender uno o más centros de trabajo, entendiendo por tal el grupo de trabajadores que desempeñan una misma actividad económica y se encuentran expuestos a un mismo riesgo o enfermedad profesional.

Lo dispuesto en este artículo se entenderá sin perjuicio de las disposiciones sobre declaración y pago de aportes en forma consolidada, contenidas en el artículo 3.2.2.2 del presente decreto.

(Art. 38 del Decreto 1406 de 1999)

Sección 2. Ingreso Base de Cotización

Artículo 2.2.1.1.2.1 ***Base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria y los pensionados.*** Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al 12,5% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no solo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo 6 del Decreto 691 de 1994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

Parágrafo. Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

(Art. 65 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.2.2 ***Formulario de afiliación de empleadas domésticas.*** Las empleadas del servicio doméstico estarán sujetas, para efectos de su afiliación al Sistema, al diligenciamiento de un formulario que refleje claramente la existencia del vínculo laboral especial que existe con dichas trabajadoras y que permita garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 11 de 1988 y sus decretos reglamentarios.

Las trabajadoras del servicio doméstico que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente Sección, se encuentren afiliadas al Sistema en calidad de trabajadoras independientes, deberán corregir su afiliación para adecuarse a su carácter de trabajadoras dependientes. Dicha corrección deberá llevarse a cabo dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente disposición, y en la misma se hará constar claramente la identidad del o de los respectivos patronos.

Lo dispuesto en el inciso anterior, no obsta para que, con relación a dichas trabajadoras, se pueda hacer uso de los mismos procedimientos que, para el recaudo de aportes, se establece para los trabajadores independientes.

(Art. 25 del Decreto 1406 de 1999, parágrafo)

Artículo 2.2.1.1.2.3 ***Ingreso Base de Cotización para trabajadores independientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.*** Las entidades promotoras de salud-EPS deberán, al momento de la afiliación, aplicar con suma diligencia a los trabajadores independientes los cuestionarios que, con el fin de determinar las bases presuntas mínimas de los aportes que dichos trabajadores deben efectuar al SGSSS, han establecido los órganos de control o aquellos que sean establecidos en el futuro.

(Art. 25 del Decreto 1406 de 1999, inciso 1)

Artículo 2.2.1.1.2.4 ***Base de Cotización para trabajadores con jornada laboral inferior a la máxima legal.*** Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.1 del presente decreto, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12,5% de un salario mínimo legal mensual.

(Art. 24 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.1.1.2.5 ***Formulario de declaración anual del Ingreso Base de Cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** La Superintendencia de Salud adoptará el formulario de declaración anual del Ingreso Base de Cotización de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud para trabajadores independientes.

(Art. 28 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.2.6 ***Concurrencia de empleadores o de administradoras de pensiones.*** Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de más de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.

Por el incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior responderá la persona por el pago de las sumas que en exceso deba cancelar el Fondo de Solidaridad y Garantía a diferentes EPS por concepto de UPC. Cuando las EPS hayan reportado oportunamente la información de sus afiliados en los términos establecidos en el presente Capítulo, no estarán obligadas a efectuar reembolso alguno.

Parágrafo. En el formulario de afiliación deberá quedar constancia de la concurrencia de empleadores y administradoras de pensiones.

(Art. 52 del Decreto 806 de 1998)

Sección 3. Cotizaciones

Artículo 2.2.1.1.3.1 ***Cotización en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social.*** Cuando en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social en vigor, se pague una prorrata de pensión, entendida esta como la cuota o porción que cada una de las partes debe pagar de la totalidad de la pensión, para efectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se deberán tener en cuenta las siguientes reglas de cotización:

1. Si la persona reside en Colombia y ya tiene reconocida la pensión, incluyendo la prorrata que le corresponde al país con el que se ha suscrito el convenio, la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud se pagará teniendo en cuenta la totalidad de la respectiva mesada pensional.

2. Si la persona reside en el país con el que se ha suscrito el convenio, deberá pagar el porcentaje de solidaridad en salud, el cual será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía. Dicho porcentaje se pagará sobre la prorrata de pensión que le haya reconocido Colombia.

3. En el evento en que por razón del cumplimiento de los requisitos, Colombia deba reconocer y pagar la prorrata de la pensión que le corresponde, antes que el país con el que se tiene suscrito el convenio y si la persona beneficiaria de la prorrata vive en Colombia, deberá pagar la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre y cuando dicha porción sea igual o superior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente. Una vez le sea reconocida la totalidad de la pensión se aplicará lo dispuesto en el numeral 1 del presente artículo.

(Art. 2 del Decreto 2710 de 2010)

Artículo 2.2.1.1.3.2 ***Cotización excepcional de independientes de bajos ingresos.*** Los afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata el artículo 19 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 6 de la Ley 797 de 2003 y 2 de la Ley 1250 de 2008, cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un salario mínimo legal mensual vigente, podrán seguir cotizando a dicho régimen hasta la fecha de entrada en operación del Servicio Social Complementario de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS).
Notas de Vigencia
(Art. 1 del Decreto 4465 de 2011, parte final modificada por el artículo 1 del Decreto 1623 de 2013)

Artículo 2.2.1.1.3.3 ***Vencimiento cotización excepcional de independientes de bajos ingresos.*** Vencido el plazo previsto en el artículo anterior, las personas podrán optar por mantener su afiliación en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o afiliarse al Régimen Subsidiado y afiliarse y pagar la cotización al Sistema General de Pensiones o ingresar al Sistema de Beneficios Económicos Periódicos -BEPS-, en los términos que establezca el Gobierno Nacional.

(Art. 2 del Decreto 4465 de 2011)

Artículo 2.2.1.1.3.4 ***Seguimiento y control.*** La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscal (UGPP), efectuará periódicamente cruces de información de los trabajadores independientes de que trata la presente sección y adelantará las acciones a que haya lugar en el ámbito de sus competencias.

(Art. 2 del Decreto 1623 de 2013)

Artículo 2.2.1.1.3.5 ***Responsabilidad por reporte no oportuno.*** El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retiro, responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS.

La liquidación que efectúe la EPS por los periodos adeudados prestará mérito ejecutivo.

(Art. 79 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.6 ***Periodo de cotización para los profesores.*** Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

(Art. 69 del Decreto 806 de 1998)

Capítulo 2
Aportes Patronales

Artículo 2.2.1.2.1 ***Campo de aplicación.*** El presente Capítulo es aplicable a las entidades empleadoras entendidas como instituciones de prestación de servicios de salud de la red pública y Direcciones y/o Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que tengan a su cargo empleados públicos y trabajadores oficiales que se dedican a la prestación de los servicios de salud, a los cuales se hará referencia en este Capítulo con el término genérico de servidores públicos.

(Art. 1 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.2 ***Destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales.*** Los recursos de que tratan el parágrafo 2 del artículo 49, inciso 3 del artículo 53 y el artículo 58 de la Ley 715 de 2001, serán destinados a cubrir el valor de los aportes patronales para pensiones, cesantías, salud y riesgos laborales, de los servidores públicos de las instituciones de prestación de servicios de salud de la red pública y de las Direcciones y/o

Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que se dedican al cumplimiento de funciones de prestación de servicios de salud.

(Art. 2 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.3 ***Obligaciones de las entidades empleadoras en el pago de los aportes patronales y de las cotizaciones de los servidores públicos.*** Sin perjuicio de las obligaciones legales vigentes, frente al pago de los aportes patronales, los representantes legales de las entidades empleadoras de que trata el artículo 2.2.1.2.1 del presente decreto, tienen además las siguientes:

a. Garantizar que los factores salariales que forman parte del cálculo del Ingreso Base de Cotización de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y para las cesantías, tengan fundamento legal y hayan sido decretados por autoridad competente;

b. Suministrar en los términos y dentro de los plazos previstos en el presente Capítulo, a través de las entidades territoriales, la información requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para efectos de la distribución del componente de Aportes Patronales del Sistema General de Participaciones para Salud;

c. Efectuar el descuento de las cotizaciones para pensiones y salud con destino a los Fondos de Pensiones y Cesantías y Entidades Promotoras de Salud, EPS, al servidor público y pagar a dichas entidades dentro de los plazos establecidos en el artículo 3.2.1.1 del presente decreto y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Por lo tanto, de acuerdo con lo señalado en el Código Disciplinario Único no se podrá retardar u omitir el pago de las sumas descontadas al servidor público. El incumplimiento de estas obligaciones deberá ser reportado a las autoridades competentes por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad empleadora;

d. Efectuar y presentar mensualmente la autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y anualmente la liquidación de los aportes de cesantías, teniendo en cuenta las disposiciones vigentes;

e. Con base en la autoliquidación de aportes, efectuar la conciliación contable del valor de los aportes con las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías y Administradoras de Riesgos Laborales, en los términos previstos en el presente Título, e informar, por lo menos una (1) vez, al año sobre los resultados de tales conciliaciones contables a las respectivas Direcciones Territoriales de Salud, para los fines pertinentes.

Parágrafo 1. De conformidad con el artículo 23 de la Ley 100 de 1993, la parte de los aportes a cargo del servidor público que no se consigne dentro de los plazos señalados para el efecto en el artículo 3.2.1.1 del presente decreto o en las normas que lo sustituyan o modifiquen, generará un interés moratorio a cargo del empleador, igual al que rige para el impuesto sobre la renta y complementarios.

Parágrafo 2. En todas las entidades del sector público será obligatorio incluir en el presupuesto las partidas necesarias para el pago del aporte patronal al Sistema de

Seguridad Social Integral y para el pago de cesantías, como requisito para la presentación, trámite y estudio presupuestal por parte de la autoridad correspondiente.

De conformidad con el artículo 22 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el parágrafo del artículo 161 de la precitada ley, el empleador responderá por la totalidad del aporte aún en el evento de que no hubiera efectuado el descuento al servidor público.

Parágrafo 3. En el evento de que los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes frente al monto declarado en las Autoliquidaciones de Aportes y la liquidación anual de cesantías, de acuerdo con el régimen aplicable, es obligación de la entidad empleadora asumir el pago con sus recursos propios, de las sumas faltantes por concepto de aportes patronales al Sistema de Seguridad Social Integral y para el pago del auxilio de cesantías, que resulten mensualmente y al finalizar la respectiva vigencia fiscal.

(Art. 3 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.4 ***Certificación del costo de aportes patronales.*** Para efectos de la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, las entidades empleadoras remitirán a más tardar el 30 de marzo de cada año la información de que trata el presente artículo, a los departamentos y distritos para que estos consoliden y certifiquen al Ministerio de Salud y Protección Social el valor total de los aportes patronales, previstos en el parágrafo segundo del artículo 49 y el artículo 58 de la Ley 715 de 2001, antes del 30 de abril de cada año. En todo caso, la entidad empleadora deberá contar con la información detallada de la nómina de personal que sustenta la certificación de que trata el presente artículo.

Los departamentos también consolidarán la información de los municipios que a 31 de julio de 2001, hubieren asumido la prestación de los servicios de salud.

Las entidades empleadoras calcularán el valor de los aportes patronales con base en el costo de la planta de personal vigente al 28 de febrero de cada año, la política salarial prevista por el Gobierno Nacional para cada vigencia fiscal y lo establecido en las normas legales que rigen las cotizaciones en salud, pensiones, riesgos profesionales y los aportes para cesantías.

A más tardar el 30 de junio de cada año, el Ministerio de Salud y Protección Social, certificará al Departamento Nacional de Planeación, los montos correspondientes a los aportes patronales para cada entidad territorial, señalados en el primer inciso de este artículo en concordancia con el inciso quinto del artículo 2.2.5.1.2 del Decreto Único 1082 de 2015, reglamentario de Planeación Nacional, y demás normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan, para efectos de la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Parágrafo. De conformidad con los formatos anexos técnicos e instructivos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la certificación sobre el valor de los aportes patronales de cada entidad empleadora, deberá incluir tanto para el año en el cual se elabora la certificación como para el año que se proyectan los

aportes patronales, como mínimo la siguiente información para cada tipo o denominación de cargo, diferenciando el personal administrativo del personal asistencial:

a. Número de servidores públicos;

b. El valor de las asignaciones básicas anuales;

c. El valor total anual del ingreso base de cotización para cada uno de los conceptos de aportes patronales a la seguridad social integral y para cesantías;

d. El valor total anual de los aportes patronales para salud, pensiones, cesantías y riesgos profesionales.

Tratándose de las cesantías, la entidad empleadora deberá diferenciar el número y monto estimado de los aportes para los servidores públicos bajo el régimen de retroactividad, de aquellos que están bajo el régimen de liquidación anual, teniendo en cuenta los factores prestacionales aplicables a cada régimen, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes e indicar el nombre de las entidades administradoras a las cuales están afiliados bajo el régimen de la Ley 50 de 1990 y el de las administradoras con las cuales la entidad empleadora tenga convenios para la administración de los recursos bajo el régimen de retroactividad de los servidores públicos.

En todo caso, en documento anexo, que se considera parte integrante de la certificación de que trata el presente artículo, deben relacionarse las normas legales que soportan las prestaciones sociales incluidas para el cálculo.

(Art. 4 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.5 ***Presupuestación por las entidades territoriales y sus entes descentralizados de los recursos del sistema general de participaciones para salud-aportes patronales.*** Una vez el Conpes apruebe la distribución de recursos del Sistema General de Participaciones se deberá, dentro de los cinco (5) días siguientes, informar a las entidades territoriales, el monto asignado de los aportes patronales del Sistema General de Participaciones para Salud, para su inclusión en los proyectos de presupuesto de las entidades territoriales, para la respectiva vigencia fiscal.

Recibida dicha información, las entidades territoriales asignarán por entidad empleadora el monto de los aportes patronales del Sistema General de Participaciones para Salud, con base en la información de que trata el parágrafo del artículo 2.2.1.2.4 del presente decreto. La distribución deberá ser comunicada por la entidad territorial a cada entidad empleadora, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en la cual recibieron la información.

Parágrafo 1. Las entidades empleadoras en cada vigencia deberán presupuestar la totalidad del valor de los aportes patronales de sus respectivas nóminas incluyendo el monto de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud asignado para tal fin y en caso de que estos sean insuficientes, presupuestar con recursos propios la diferencia.

Parágrafo 2. Los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, se presupuestarán y contabilizarán en las entidades territoriales y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, sin situación de fondos.

(Art. 5 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.6 ***Distribución de los recursos del sistema general de participaciones para salud-aportes patronales por las entidades territoriales y/o entidades empleadoras.*** A más tardar el cinco (5) de diciembre de cada año, las entidades empleadoras deberán remitir una certificación a la respectiva Dirección y/o Secretaría Departamental, Distrital o Municipal de Salud, de la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, entre las Administradoras de los Fondos de Pensiones y Cesantías, Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, a los cuales se encuentren afiliados los servidores públicos al momento de la distribución, en los formatos diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

Los municipios certificados deberán reportar la distribución de sus entidades empleadoras, a la respectiva Dirección o Secretaría Departamental de Salud, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al plazo previsto en el inciso primero del presente artículo.

Cada Departamento o Distrito deberá revisar y consolidar las distribuciones presentadas por las entidades empleadoras y los municipios de su jurisdicción y remitirla al Ministerio de Salud y Protección Social antes del 10 de enero del año al que corresponden las participaciones.

Parágrafo. Los intereses por mora que conforme al artículo 23 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 3.2.1.13 del presente decreto, se generen por retraso u omisión en el envío de la información de que trata el presente artículo al Ministerio de Salud y Protección social, serán responsabilidad de la entidad empleadora o de la entidad territorial que haya ocasionado el incumplimiento, con cargo a sus recursos propios

(Art. 6 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.7 ***Giro de los recursos.*** Con base en la información suministrada por las entidades territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social a más tardar el 31 de enero de cada año preparará y comunicará la programación inicial de los giros mensuales a las Direcciones y/o Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, así como a las Entidades Promotoras de Salud, a las Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Administradoras de los Fondos de Pensiones y Cesantías.

El giro efectivo de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, será efectuado por la Nación-Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previa instrucción de giro del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información Financiera, SIIF, directamente a las Entidades Promotoras de Salud, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, a

las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, a las cuales se encuentren afiliados los servidores públicos, dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, como lo establece el artículo 53 de la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 1. Las entidades territoriales y las entidades empleadoras registrarán mensualmente la ejecución presupuestal de ingresos y gastos de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, con base en los giros efectuados por la Nación-Ministerio de Hacienda y Crédito Público y si fuere el caso, registrará con la misma periodicidad la ejecución con recursos propios.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de lo señalado en el literal c) del artículo 2.2.1.2.3 del presente decreto, para los efectos previstos en las normas vigentes sobre autoliquidación de aportes y giro de recursos en el Sistema de Seguridad Social Integral, no constituirá mora el giro de los aportes patronales que se financian con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud que se realice dentro del plazo de diez (10) días previsto por el artículo 53 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 7 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.8 ***Inclusión de los recursos de los aportes patronales en los contratos de prestación de servicios de salud.*** Por tratarse de recursos incluidos en la distribución del Sistema General de Participaciones para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los recursos para Aportes Patronales deberán hacer parte de los contratos de prestación de servicios de salud, en el marco de las competencias de la entidad territorial respectiva.

(Art. 8 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.9 ***Novedades que modifican la distribución de recursos y programación de giros.*** Las modificaciones que se presenten en cada mes con ocasión de las novedades en la afiliación de los servidores públicos, por ingreso, retiro y traslado, deberán ser reportadas dentro de los primeros cinco (5) días calendario del mes siguiente, por cada entidad empleadora a la respectiva Dirección y/o Secretaría Departamental o Distrital de Salud, para que esta, una vez efectuada la revisión correspondiente, modifique el consolidado Departamental o Distrital y lo presente al Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección General de Financiamiento o quien haga sus veces, por lo menos con un (1) mes de anticipación a la fecha en que deba efectuarse el giro, de tal forma que se cumplan los términos del artículo 3.2.1.12 del presente decreto.

(Art. 9 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.10 ***Autoliquidación de aportes y aplicación de los recursos.*** Las entidades empleadoras deben presentar mensualmente a las entidades administradoras la respectiva autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, incluyendo la liquidación de los Aportes Patronales. La presentación de la autoliquidación de aportes deberá acompañarse tanto del pago que corresponde al aporte del servidor público, descontado de su salario, como del

pago con recursos propios, si fuere el caso, del faltante del aporte patronal, cuando los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes para cubrir la totalidad contenida en la misma autoliquidación.

Los intereses por mora que conforme al artículo 23 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del presente decreto se generen por pago parcial del aporte patronal cuando los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes, son responsabilidad de la entidad empleadora que los asumirá con cargo a sus recursos propios, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

Una vez presentadas las autoliquidaciones, las entidades administradoras deben efectuar la imputación de pagos de los aportes patronales girados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de acuerdo con la normatividad vigente y la información del formulario de autoliquidación, generando mensualmente un estado de cuenta de aportes, que debe informarse a la entidad empleadora.

Las entidades empleadoras deberán conciliar mensualmente sus autoliquidaciones con los estados de cuenta de aportes generados por las entidades administradoras de los recursos de salud, pensiones y riesgos laborales. Si surtido el anterior procedimiento resultaren faltantes en una entidad administradora y sobrantes en otras, la entidad empleadora deberá solicitar el traslado de recursos entre administradoras y de persistir el faltante deberá cubrirlo con sus recursos propios.

Tratándose de cesantías la conciliación se efectuará al finalizar cada año, de manera separada para los servidores públicos con régimen de retroactividad, de aquellos con régimen de liquidación anual de cesantías.

Cuando al finalizar la vigencia fiscal, una entidad empleadora registre remanentes de aportes patronales en cualquiera de las entidades administradoras a las cuales se efectúan los giros del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales y a la vez presente faltantes en otras, podrá solicitar el traslado de recursos entre administradoras, de lo cual informará a la respectiva Dirección y/o Secretaría Departamental, Distrital o Municipal de Salud. Para efectuar el traslado de recursos, estas entidades deberán verificar que las obligaciones con la entidad donde se registra el sobrante se encuentren cubiertas en su totalidad.

Si efectuados los traslados a que se refiere el inciso anterior, resultaren saldos excedentes del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, las entidades empleadoras deberán aplicar dichos recursos al pago de obligaciones de aportes patronales de vigencias anteriores si las tuvieren. Si aún persistieren saldos excedentes y siempre y cuando, se encuentren totalmente cubiertas las obligaciones patronales por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos laborales, la entidad empleadora podrá solicitar la devolución de los mismos a las respectivas entidades administradoras, previa certificación expedida por quienes tengan asignadas las funciones de elaborar, presentar y pagar la autoliquidación de aportes, de que sus obligaciones patronales se encuentran totalmente cubiertas. La certificación será un requisito para el giro de los excedentes por parte de la entidad administradora. El incumplimiento de este requisito hará responsable a la entidad administradora.

Si surtido el anterior procedimiento todavía existieren faltantes por concepto de aportes patronales correspondientes al ejercicio, dentro del mes siguiente al cierre de la vigencia fiscal, las entidades empleadoras deberán pagarlos con cargo a sus recursos propios, de conformidad con las disposiciones presupuestales aplicables.

Parágrafo 1. Para la devolución de excedentes de los recursos de aportes patronales correspondientes a las vigencias de 2002 en adelante, es requisito haber surtido y culminado el proceso de saneamiento previsto en el parágrafo del artículo 58 de la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 2. Es responsabilidad de las entidades empleadoras pagar mensualmente con sus recursos propios la diferencia que resulte del valor girado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el monto autoliquidado de aportes patronales. Es igualmente obligatorio que las entidades empleadoras paguen los aportes de los servidores públicos a las respectivas administradoras una vez hayan sido descontados del salario, en las fechas establecidas en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del presente decreto o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 10 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.11 Administración de los aportes patronales destinados al pago del auxilio de cesantías. Los recursos destinados al pago de aportes patronales por concepto de cesantías, financiados con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y con recursos propios de las entidades empleadoras, de los servidores públicos del sector salud afiliados a los fondos de cesantías creados por la Ley 50 de 1990 y de los servidores públicos del mismo sector con régimen retroactivo de cesantías, se administrarán de acuerdo con las disposiciones que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.

Los giros de recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales para cesantías, se adecuarán a lo previsto por el Gobierno Nacional para su administración.

En todo caso, los contratos actualmente vigentes deberán ajustarse a las disposiciones vigentes para la administración de los recursos destinados al pago del auxilio de cesantías de los servidores públicos.

Parágrafo 1. Para los efectos del presente artículo, los servidores públicos con régimen de liquidación anual de cesantías, son todos aquellos vinculados a las entidades empleadoras del sector salud, con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, y aquellos vinculados con anterioridad a dicha ley, que se hubieran acogido a dicho régimen.

De acuerdo con las disposiciones legales aplicables, serán responsables administrativa y fiscalmente los servidores públicos de las entidades empleadoras que reconozcan cesantías retroactivas a los servidores que no pertenezcan a dicho régimen.

Parágrafo 2. Para los servidores públicos afiliados al Fondo Nacional de Ahorro se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 432 de 1998. En

consecuencia, la liquidación del aporte y giro del mismo se realizará mensualmente, en la forma prevista en las normas legales aplicables.

(Art. 11 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.12 ***Reconocimiento y pago de rendimientos.*** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, liquidarán, reconocerán y pagarán a las entidades empleadoras de que trata el presente Capítulo, sobre los saldos a favor de estas últimas, unos rendimientos equivalentes a la rentabilidad obtenida por la administradora en la gestión de sus recursos, certificada por el revisor fiscal.

En el caso de las cesantías, los rendimientos se liquidarán sobre los recursos girados por anticipado y los saldos que resulten a favor de las entidades empleadoras, una vez efectuada la respectiva aplicación. Para los demás aportes patronales, los rendimientos se liquidarán sobre los saldos que resulten a favor de las entidades empleadoras, a partir de las conciliaciones mensuales respectivas.

Parágrafo. En el caso de los aportes patronales para salud girados al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, como saldos no compensados, los rendimientos estarán a cargo del Fosyga y serán equivalentes a la rentabilidad del citado Fondo, para lo cual las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitarlos en el formato que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.13 ***De las responsabilidades.*** Los representantes legales de las entidades empleadoras y los Directores Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, serán responsables de la consignación oportuna de los aportes y del cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo, so pena de incurrir en causal de mala conducta de conformidad con la Ley 734 de 2002.

(Art. 13 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.14 ***Obligaciones en el manejo de la información.*** Las entidades empleadoras serán responsables de la veracidad, oportunidad e integralidad de la información reportada en las autoliquidaciones de Aportes Patronales, así como de la información que en cumplimiento de este decreto deban reportar a las diferentes autoridades; las entidades administradoras serán responsables de su validación y registro para la acreditación de los derechos de los afiliados y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, serán responsables de la veracidad, oportunidad e integralidad de la información que deban reportar al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 14 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.15 ***Excedentes patronales provenientes del proceso de liquidación de Cajanal.*** Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de

Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, previstos por el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, serán distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las reglas allí previstas.

(Art. 1 del Decreto 1095 de 2013)

TÍTULO 2
COBERTURA

Artículo 2.2.2.1 ***Cobro de los servicios prestados.*** Conforme las disposiciones legales, la acción de cobro por parte de la Institución Prestadora de Servicios es exclusivamente contra la Entidad Promotora de Salud. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario.

(Art. 2 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.2.2.2 ***Información al usuario.*** No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo entidades promotoras de salud; entidades de seguro entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.

Cuando la entidad prestadora determine, frente a procedimientos programados, que el usuario no tiene derecho a la cobertura del sistema a través de sus servicios, por no existir convenio con esa institución y la entidad promotora de salud a la cual el usuario se encuentra afiliado, o con la administradora de su plan adicional, se le debe informar al usuario en forma previa, para que éste pueda disponer lo pertinente a su traslado a la red con la que la respectiva Entidad Promotora o administradora del plan adicional que tenga convenio.

(Art. 3 del Decreto 1725 de 1999)

TÍTULO 3
PRESTACIONES ECONÓMICAS

Artículo 2.2.3.1 ***Pago de prestaciones económicas.*** A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo, los aportantes y trabajadores independientes, no podrán deducir de las cotizaciones en salud, los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.

El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en

un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

Parágrafo 1. La EPS o la EOC que no cumpla con el plazo definido para el trámite y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

Parágrafo 2. De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o EOC, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

(Art. 24 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.2.3.2 ***Prestaciones.*** Cuando en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social en vigor, los trabajadores colombianos se desplacen a un país con el que se tiene suscrito convenio, la prestación de los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se efectuará únicamente en Colombia. El pago de la licencia de maternidad, si hubiere lugar a ello, se seguirá otorgando en las condiciones establecidas en la legislación colombiana.

(Art. 1 del Decreto 2710 de 2010)

TÍTULO 4
PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD

Artículo 2.2.4.1 ***Otros beneficios.*** Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Voluntarios de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

(Art. 17 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.2 ***Definición de planes voluntarios de salud.*** Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El usuario de un plan voluntario de salud podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el Plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

(Art. 18 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.3 ***Tipos de planes voluntarios de salud.*** Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes planes voluntarios de salud:

Planes de atención complementaria en salud.
Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.
Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Parágrafo. Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras éste se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

(Art. 19 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.4 ***Usuarios de los planes voluntarios de salud.*** Los contratos de Planes adicionales, solo podrán, celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo 279 de la ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

Parágrafo. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del plan voluntario de salud. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

(Art. 20 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.5 ***Examen de ingreso.*** Para efectos de tomar un plan voluntario de salud la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo

consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

Parágrafo. Las entidades habilitadas para ofrecer planes voluntarios de salud no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con los artículos 2.2.4.1.17, 2.2.4.1.18 y 2.2.4.1.19.

(Art. 21 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.6 ***Deber de información***. Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con una antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

a. Nombre y contenido del plan.
b. Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones.
c. Costo y forma de pago del plan.
d. Descripción de cuotas moderadoras y copagos.
e. Copia del formato de contrato que se utilizará.

(Art. 22 del Decreto 806 de 1998)

Capítulo 1
Plan De Atención Complementaria

Artículo 2.2.4.1.1 ***Planes de Atención Complementaria***. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud. Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.

2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

(Art. 23 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.1.2 ***Estipulaciones contractuales***. Los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

Identificación del contratista y de los beneficiarios del plan.
Definición de los contenidos y características del plan.
Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones.
Término de duración del contrato.

Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos
Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores.
Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan.

(Art. 24 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.1.3 ***Patrimonio para operación del Plan de Atención Complementaria.*** Las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Este patrimonio se deberá acreditar a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes al 31 de marzo de 2003.

(Art. 2 del Decreto 800 de 2003)

Artículo 2.2.4.1.4 ***Disposiciones Generales.*** Para efecto de lo previsto en el presente Capítulo se entiende:

1. MEDICINA PREPAGADA. El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente Capítulo, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios.

2. USUARIO, BENIFICIARIO O AFILIADO. Persona con derecho a los servicios contratados.

3. ENTIDAD ADSCRITA. Institución dedicada a la prestación de servicios de salud en sus diferentes modalidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica a cuya gestión se comprometen las entidades que regula el presente Capítulo.

4. PROFESIONAL ADSCRITO. Persona natural acreditada conforme con la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención a cuya gestión se comprometen las entidades a que se refiere el presente Capítulo.

5. CONTRATANTE. Persona que suscribe un contrato de servicios con una empresa de medicina prepagada, bien para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o para beneficio de uno y otros, y

6. CONTRATO DE SERVICIOS. Documento que suscriben las empresas de medicina prepagada con los contratantes, para regular los derechos y las obligaciones derivados de la gestión de los servicios de medicina prepagada.

(Art. 1 del Decreto 1570 de 1993, numeral 1 modificado por el artículo 1 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.5 ***Procedimiento.***

1. Forma social. Las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo obtener autorización de funcionamiento.

Las Cámaras de Comercio deberán abstenerse de inscribir una sociedad que en su objeto social incluya cualquier modalidad de servicio de salud prepagado, hasta tanto presenten el certificado de funcionamiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Requisitos para adelantar operaciones. Quienes se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deberán constituir una de tales entidades y obtener la respectiva autorización de funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este procedimiento será aplicable a las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que pretendan operar dependencias o programas de medicina prepagada.

3. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener la autorización de funcionamiento de una entidad, dependencia o programa a que hace referencia el artículo anterior, deberá presentarse por los interesados acompañada de la siguiente documentación:

a. Copia de los estatutos sociales, según la naturaleza de la entidad;

b. El monto del capital, que no será menor al requerido por las disposiciones pertinentes del presente Capítulo;

c. La hoja de vida de las personas que se han asociado y de las que actuarían como administradores, así como la información que permita establecer su carácter, responsabilidad, idoneidad y situación patrimonial;

d. Estudio sobre la factibilidad de la empresa, dependencia o programa el cual deberá demostrar la viabilidad financiera de la empresa, las tarifas proyectadas de acuerdo con los niveles de clientela estimados en los dos años iniciales, sistema de auditoría médica a implantar, una proyección del presupuesto para el primer año y copia de los planes de salud respectivos que proporcionará en el mercado, y

e. La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para los fines previstos en el numeral 5 del presente artículo.

4. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento para la entidad, dependencia o programa correspondiente, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese a lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el

nombre de la institución, dependencia o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposiciones en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación. De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

5. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud, deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, siempre que los peticionarios hayan suministrado la información requerida.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad, dependencia o programa, cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y se cerciore, por cualesquiera investigaciones que estime pertinentes, del carácter, responsabilidad, idoneidad y solvencia patrimonial de las personas que participen en la operación.

La entidad solo podrá desarrollar actividades distintas de las relacionadas con su organización una vez obtenga la autorización de funcionamiento.

(Art. 2 del Decreto 1570 de 1993, numeral 1 modificado por el artículo 2 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.6 ***Causales de revocatoria o suspensión de la autorización de Funcionamiento.*** La revocatoria o suspensión de la autorización de funcionamiento concedido a una entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, podrá ser dispuesta por el Superintendente Nacional de Salud en los siguientes casos:

1. A petición de la misma entidad.

2. Cuando el plan de saneamiento y recuperación convenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no se haya cumplido en las condiciones y plazos estipulados.

3. Por terminación del programa o dependencia por orden de la autoridad a que se encuentre sometida a inspección y vigilancia la correspondiente entidad.

4. Por disolución de la sociedad, y

5. Por incumplimiento a las normas sobre patrimonio, patrimonio técnico o margen de solvencia.

(Art. 3 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.7 ***Denominación Social.*** A la razón social de las empresas, o a la denominación que se le dé a los programas o dependencias que presten servicios de Medicina Prepagada, se agregará la expresión "Medicina Prepagada", de acuerdo

con su objeto social, y con la calificación que se les asigne en el registro de la Superintendencia Nacional de Salud.

En su publicidad deberán siempre mencionar que se encuentran vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en caracteres visibles.

(Art. 4 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.8 ***Objeto Social.*** El objeto social de las sociedades de medicina prepagada será, la gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de tales servicios, bajo la forma de prepago, en las modalidades autorizadas expresamente en este Capítulo, debiendo especificar en su objeto las modalidades de atención que ofrezcan.

Igualmente, estas modalidades servirán de fundamento único para clasificar la empresa respectiva como de medicina prepagada.

Parágrafo. En el caso de las organizaciones solidarias, de utilidad común, cooperativas, cajas de compensación familiar o entidades de seguridad y previsión social de derecho privado, que presten o se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deben crear una dependencia o programa con dedicación exclusiva a esta finalidad, sujeto a todos los requisitos y obligaciones de cualquier empresa de medicina prepagada. Así mismo deberá designarse un funcionario responsable de la dependencia o programa y ordenarse que el manejo administrativo, médico asistencial, presupuestal y contable sea independiente de las demás actividades, bajo la inspección y control de la Superintendencia Nacional de Salud, aunque podrá integrarse a la situación general de la entidad.

(Art. 5 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.9 ***Monto del capital.*** El monto de capital de las entidades de medicina prepagada en funcionamiento antes del 12 de agosto de 1993, en ningún caso será inferior a cinco mil (5.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Para las empresas que pretendan funcionar a partir del 12 de agosto de 1993 el capital mínimo será de diez mil (10.000) salarios mensuales legales mínimos vigentes que se deberán acreditar íntegramente para obtener el certificado de funcionamiento.

Para las que se encuentren en funcionamiento o las que se constituyan a partir del 12 de agosto de 1993, cuando el número de usuarios sobrepase los seis mil (6.000) el capital pagado y reserva legal deberá ascender a doce mil (12.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando el número de usuarios sobrepase los veinticinco mil (25.000) el capital pagado y reserva legal deberá incrementarse a catorce mil (14.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes; cuando sobrepase los setenta y cinco mil (75.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá incrementarse a dieciséis mil (16.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando supere los ciento cincuenta mil (150.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá ascender a dieciocho mil (18.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y cuando supere los doscientos cincuenta mil (250.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá ascender a veintidós mil (22.000)

salarios mínimos legales vigentes, debiendo acreditar estos montos dentro de los 12 meses siguientes al cambio del rango tomando como base el valor del salario mínimo vigente a esa fecha.

Para este efecto se deberá acordar el respectivo plan de capitalización gradual con la Superintendencia Nacional de Salud.

Pero en todo caso deberá acreditar al momento del cambio a lo menos el 50% del monto de capital del nuevo rango.

Parágrafo. Las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o programas de medicina prepagada, deberán destinar y mantener en forma exclusiva un monto de recursos dedicado a esta finalidad, conforme al régimen legal propio de cada una de ellas, sin perjuicio de que las autoridades de inspección y vigilancia a que se encuentren sometidas dicten, dentro de su competencia, todas aquellas normas que estimen procedentes en esta materia que garanticen la viabilidad del programa y que restrinjan prácticas tales como el establecer programas que no tengan viabilidad financiera.

Para el efecto se deberá contar con una central de costos independiente para el programa.

(Art. 7 del Decreto 1570 de 1993, inciso 1 modificado por el artículo 3 del Decreto 800 de 2003)

Artículo 2.2.4.1.10 ***Variación del capital por orden de autoridad.***

1. **Orden de capitalización.** Cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una entidad ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente la continuidad de la empresa en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y expedir una orden a dicha entidad para que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

2. **Reducción del capital.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá, con el objeto de impedir que se afecte en forma grave la continuidad o la prestación adecuada del servicio, ordenar la reducción del capital de una entidad de medicina prepagada, cuando por motivo de pérdidas se reduzca el valor del capital pagado, sin que esta reducción afecte el límite mínimo del capital establecido en este Capítulo.

Parágrafo. Las medidas previstas en este artículo sólo procederán como mecanismos excepcionales, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

(Art. 8 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.11 ***Reserva Legal.*** Las entidades comerciales que presten servicios de medicina prepagada, de acuerdo con su régimen legal, deberán

constituir, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, formada por el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.

En caso de entidades que tengan naturaleza distinta a las sociedades anónimas, debe crearse una reserva con nombre similar y equivalente a la que deben mantener éstas. Sólo será procedente la reducción de la reserva legal cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan del monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las no distribuidas de ejercicios anteriores o cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones.

(Art. 9 del Decreto 1570 de 1993 inciso 1 modificado por el artículo 4 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.12 Programas de ajuste. Las entidades que no se encuentren cumpliendo los porcentajes antes mencionados al 12 de agosto de 1993, deberán convenir con la Superintendencia Nacional de Salud un programa de ajuste con una duración no superior a seis (6) meses para el cabal cumplimiento de los porcentajes mencionados.

(Art. 11 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.13 ***Aspectos generales de la cesión de activos pasivos y contratos.***

1. Facultad de ceder. Las entidades de medicina prepagada, por disposición legal, orden de la Superintendencia o decisión de la asamblea general de accionistas o del órgano que haga sus veces podrán ceder la totalidad de sus activos y pasivos así como los contratos que les hayan dado origen, con sujeción a las reglas que a continuación se indican.
Lo aquí previsto será aplicable en lo pertinente a las dependencias o programas ya mencionados.

Parágrafo. La cesión por orden de la Superintendencia solo procederá como mecanismo excepcional, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

2. Procedencia de la cesión. La cesión de activos pasivos y contratos solo será procedente cuando se establezca que las sociedades cedente y cesionaria cumplirán las normas de solvencia vigentes, una vez se produzca la cesión y que se garantizarán los derechos a renovación, sin que se pueda disminuir los derechos de los afiliados, modificar las situaciones consolidadas o varias las condiciones de una prestación específica, mientras vence el término del contrato cedido.

Una vez vencido el plazo, la entidad cesionaria deberá ofrecer al contratante cedido uno de sus planes, respetando la antigüedad, en condiciones homogéneas frente a sus usuarios tradicionales que estén en las mismas condiciones de antigüedad.

Cuando se trate de cesiones originadas en dependencias o programas de entidades sometidas al control y vigilancia de otra autoridad, se requerirá la aprobación de la misma como requisito previo.

3. Procedimiento. Los contratantes en los negocios jurídicos celebrados INTUITO PERSONAE, así como los titulares de acreencias que sean parte de contratos comprendidos en la cesión, deberán expresar su aceptación o rechazo a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes al envío por correo certificado del aviso de cesión, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la entidad. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá aceptada la cesión. La cesión en ningún caso producirá efectos de novación.

El rechazo de la cesión facultará a la entidad para terminar el contrato, debiendo devolver las sumas no causadas dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que sea notificada de tal determinación.

4. Aplicabilidad de las presentes disposiciones. Lo dispuesto en este artículo se aplicará igualmente cuando se trate de una cesión de más del veinticinco por ciento (25%) de los activos, pasivos y contratos.

(Art. 12 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.14 ***Régimen de incompatibilidades e inhabilidades y de control.***

1. Régimen aplicable. No podrán desempeñarse como administradores de las entidades que presten servicios de medicina prepagada, quienes tengan la calidad de socios o administradores de sociedades intermediarias en la contratación de sus servicios o quienes sean administradores de otra entidad de la misma naturaleza que no sea la subordinada o matriz respectiva.

No podrá ejercerse simultáneamente la representación legal de dos o más entidades de medicina prepagada.

2. Régimen aplicable a las sociedades de servicios técnicos o administrativos. Los administradores y representantes legales de las sociedades subordinadas no podrán ser simultáneamente representantes legales principales de la matriz.

3. Revisoría fiscal. Las entidades de medicina prepagada deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o por el órgano que haga sus veces. Igual obligación tendrán las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o Programas de Medicina prepagada. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el Libro Segundo, Título I, Capítulo VIII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo previsto en otras normas.

En la sesión en que se designe revisor fiscal persona natural deberá incluirse la información relativa a las apropiaciones previstas para el suministro de recursos humanos y técnicos destinados al adecuado desempeño de las funciones a él

asignadas; cuando se trate de persona jurídica, los honorarios que garanticen el adecuado desempeño de las funciones asignadas".

(Art. 13 del Decreto 1570 de 1993 numeral 3 modificado por el artículo 6 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.15 ***Régimen General.*** Las entidades de medicina prepagada no podrán participar en el capital social de las agencias intermediarias, ni estas participar en el capital social de aquéllas.

(Art. 14 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.16 ***Contratos con los usuarios.***

1. REQUISITOS MINIMOS. Los contratos que suscriban las Empresas de Medicina Prepagada deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

a. Su contenido debe ajustarse a las prescripciones del presente Capítulo y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicables a la contratación entre particulares.

b. Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles.

c. El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año, el precio acordado su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquél.

d. Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante, las declaraciones del estado de salud de los usuarios las tarifas vigentes y los directorios médicos de las ciudades donde se prestarán servicios.

e. El contrato debe llevar las firmas de las partes contratantes.

f. De cada contrato suscrito debe quedar copia para el contratante, sin perjuicio de la prueba que debe tener la empresa en cuanto a la clase y número de los contratos que tiene suscritos.

g. Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes. No se entenderán como válidas las estipulaciones encaminadas a lograr la renuncia del usuario a derechos que se derivan o pueden llegar a derivarse del programa a través de exclusiones o preexistencias que no estaban previstas en el programa original a menos que se trate de un cambio de programa, aceptado voluntariamente por el usuario.

Tampoco podrá ser condición impuesta al usuario para renovar sus contratos, el que acepte modificaciones al régimen que inicialmente acordó en materia de preexistencias o exclusiones o el que se traslade a un determinado programa.

h. El régimen de exclusiones y preexistencias debe establecerse en caracteres destacados.

2. RENOVACIÓN. Las entidades, dependencias o programas deberán renovar los contratos a los usuarios a menos que medie incumplimiento de éstos".

3. DE LA PERMANENCIA. Las entidades que presten servicios de medicina prepagada o los usuarios no podrán dar por terminado los contratos, a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

4. RESERVA. La información que se relaciona en el numeral anterior relacionada con planes de salud estará sujeta a reserva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y sus funcionarios.

(Art. 15 del Decreto 1570 de 1993, literales c, d y g del numeral 1 modificados por el artículo 7 del Decreto 1486 de 1994; numeral 2 modificado por el artículo 8 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.17 ***Definición de preexistencia.*** Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.

La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.

(Art. 1 del Decreto 1222 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.18 ***Exclusiones.*** Las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagren expresamente no podrán oponerse al usuario.

No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de estas.

(Art. 2 del Decreto 1222 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.19 ***Resolución de controversias***. Los conflictos que se presenten en materia de preexistencias y exclusiones, se deberán resolver con sujeción a lo dispuesto en el presente Capítulo.

(Art. 3 del Decreto 1222 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.20 ***Contratación de la atención médica y la prestación de servicios.***

1. Las Empresas de Medicina Prepagada podrán contratar la atención médica y la prestación de servicios de salud a sus usuarios con hospitales, clínicas, centros de

salud, laboratorios o instituciones similares, cumpliendo los siguientes requisitos (1) la respectiva institución deberá contar con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias; (2) la contratación no podrá realizarse con tarifas superiores a las que tengan establecidas estas instituciones para pacientes particulares. No obstante, las partes podrán, en razón al volumen de pacientes, hacer los descuentos que estimen pertinentes y (3) la respectiva institución deberá examinar y corroborar, cuando sea del caso, la información profesional del personal adscrito y la dotación de equipos con que deben contar para la prestación adecuada del servicio a que éstos se obligan.

2. OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES O PERSONAS CONTRATISTAS. Las personas que celebren contratos con las entidades de medicina prepagada deberán prestar la atención médica en igual forma a todas las Empresas de Medicina Prepagada, con las que tenga contrato previamente concertado y de conformidad con la modalidad del contrato. Igualmente deberán abstenerse de establecer prácticas discriminatorias frente a la atención de tales pacientes so pena de las sanciones pecuniarias que pueda imponer la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 16 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.21 ***Responsabilidad de las empresas.***

1. RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA. Las empresas, dependencias y programas de medicina prepagada, responderán civil y administrativamente, por todos los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: (1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contraríe lo acordado en el contrato y (2) cuando se preste el servicio en forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean éstos del área administrativa o asistencial, sin perjuicio de las sanciones a que pueda dar lugar la violación de las normas del Código de Ética Médica.

(Art. 17 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.22 ***Régimen general.***

1. REGLAS SOBRE LA COMPETENCIA. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre empresarios, prestadores de servicios de salud y entidades, programas o dependencias de medicina prepagada, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de medicina prepagada regulada en este Capítulo.

2. DEBIDA PRESTACION DEL SERVICIO Y PROTECCION AL USUARIO. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán emplear la debida diligencia en la prestación de los servicios a sus clientes a fin de que éstos reciban la atención debida en el desarrollo de las relaciones contractuales que se establezcan con aquéllas. Para este efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes al 12 de agosto de 1993 las entidades, programas o dependencias aquí mencionadas deberán disponer de una línea abierta 24 horas para atender al usuario en todo lo relacionado con información, prestación del servicio y quejas.

(Art. 18 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.23 ***Información a los usuarios.*** Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben suministrar a los usuarios de los servicios que prestan la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones y servicios que presten.

(Art. 19 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.24 ***Informes a la Superintendencia Nacional de Salud.*** Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán presentar informes respecto de su situación, en las fechas que el Superintendente Nacional de Salud determine y en la forma y con el contenido que para el efecto prescribe.

(Art. 20 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.25 ***Programas publicitarios.*** Los programas publicitarios de las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán contar con la autorización general o individual de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica y económica del servicio promovido y para prevenir la propaganda comercial que tienda a establecer competencia desleal.

(Art. 21 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.26 ***Promoción de servicios mediante incentivos.***

Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben abstenerse de promover sus servicios mediante incentivos tales como el validar preexistencias o exclusiones que no se encuentren previstas en los contratos proforma establecidos y/o en los planes de servicio que sean sometidos a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación.

(Art. 22 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.27 ***Empresas Irregulares.*** La disolución y liquidación de las Empresas de Medicina Prepagada, se llevará a cabo por las causales y de conformidad con los procedimientos establecidos en las normas legales que regulan la materia.

Sin embargo la Superintendencia Nacional de Salud podrá decretar la disolución de una Empresa de Medicina Prepagada, cuando no haya obtenido permiso para ejercer su objeto o continuar ejerciéndolo, o cuando no se hayan subsanado, dentro del término fijado por la misma Superintendencia, las irregularidades que motivaron la suspensión del permiso de funcionamiento.

La disolución será decretada por el Superintendente Nacional de Salud de oficio o a petición del interesado, mediante providencia debidamente motivada, sujeta a recurso de reposición, en la cual se indicará el término en que se debe efectuar la liquidación, el cual no será inferior a dos meses, contados a partir de la ejecutoria de la providencia que así lo disponga.

Una vez en firme el acto administrativo que decrete la disolución no se podrán efectuar actuaciones relacionadas con la promoción, gestión o prestación directa de nuevos servicios de Medicina prepagada.

La providencia que decrete la disolución de las Empresas de Medicina Prepagada, cualquiera sea la causa de la decisión, será registrada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Igualmente, deberá ser puesta en conocimiento público por la empresa, mediante aviso en un periódico de amplia circulación en el domicilio de la entidad que se disuelve.

La liquidación del patrimonio social se efectuará por un liquidador nombrado por la entidad, de conformidad con lo establecido en los estatutos. Si el liquidador o liquidadores no fueren nombrados, o no entraren en funciones dentro de los treinta (30) días siguientes a su nombramiento, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a nombrarlo.

Durante el período de liquidación, el liquidador podrá ceder los contratos vigentes, previa autorización del Superintendente Nacional de Salud, subrogándose la empresa que la sustituya en los derechos y obligaciones derivados de los contratos: en todo contrato el contratista tendrá la opción de dar por terminado el contrato o continuarlo, aplicándose lo previsto en este Capítulo para la cesión de contratos.

(Art. 23 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.28 ***Reglas sobre la actividad y la operación.***

1. INFORMACION. Los intermediarios estarán obligados, a suministrar la información mínima que detalle en forma periódica la Superintendencia Nacional de Salud al momento de promover la venta.

2. COMISIONES. Las comisiones, las formas de pago y demás condiciones deben ser acordadas entre el agente colocador y las compañías.

3. PROHIBICIONES. La colocación de planes de salud bajo un plan distinto al ofrecido, con engaño para el usuario; la cesión de comisiones a favor del usuario, el ofrecimiento de beneficios que el plan no cubre o la exageración de éstos así como la sugestión tendiente a dañar negocios celebrado por otros intermediarios o compañías el hacerse pasar por agente o representante de una compañía sin serlo; y en general todo acto de competencia desleal, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la entidad de medicina prepagada.

Será la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme las disposiciones legales, quien ejercerá la inspección y vigilancia del régimen de competencia aquí previsto.

(Art. 25 del Decreto 1570 de 1993, numeral 3 modificado por el artículo 9 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.29 ***Reglas Generales.***

1. PROYECCIÓN DE TARIFAS. Las entidades, dependencias o programas deberán estar en capacidad de suministrar a sus agentes y a los usuarios actualmente vinculados, la proyección de aumento aproximado de la tarifa para el año siguiente pudiendo tomar para el efecto una mezcla de indicadores tales como la inflación, el índice de precios al consumidor y porcentajes fijos.

2. CONTROL PREVIO POR INEXACTITUDES. Cuando la Superintendencia comprueba que la entidad presentó cifras con inexactitudes que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incrementos se originó en incentivos ilegales, carencia de los estudios actuariales correspondientes, manejo ineficiente de los gastos administrativos respecto de los porcentajes ponderados del sector, ajustes en la contabilidad ordenados conforme a las disposiciones legales o requerimientos de patrimonio ordenado por la autoridad, podrá ser sometida al régimen de autorización previa de tarifas por un período que podrá llegar hasta los 18 meses.

3. GENERALIDAD DE LA TARIFA. El reajuste de tarifas en ningún caso podrá implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado.

4. PRINCIPIOS. Las tarifas que señalen las empresas, deberán reunir las siguientes condiciones: (1) conjugar el principio técnico de equidad económica entendiendo como la correlación positiva que debe existir entre la tarifa y el plan, sin que injustificadamente resulte gravosa para el usuario, entendiendo que no se encuentra en esta circunstancia la tarifa que en promedio ponderado no representa una utilidad superior anual sobre ingresos operacionales al quince por ciento (15%); (2) sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquél en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los de adquisición, administrativos, médico asistenciales y la posible utilidad; (3) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad; (4) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad y (5) orientarse por las normas que expida la Junta de Tarifas para el Sector Salud, conforme a las disposiciones que regulan su competencia, y las demás que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 26 del Decreto 1570 de 1993, numeral 2 modificado por el artículo 10 del decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.30 ***Auditoria médica y control de gastos.*** Las entidades, dependencias y programas de medicina prepagada estarán obligadas a establecer y utilizar a posteriori métodos selectivos de auditoría médica sobre aspectos tales como la gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados por las personas naturales o jurídicas internas o adscritas que presten servicios asistenciales por sí o en su nombre y en los procesos de facturación, utilizando para el efecto todos los documentos relacionados con el proceso de atención como la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información, contando para este deber con la autorización del beneficiario de los servicios, la cual se podrá obtener en forma anticipada dentro de los contratos respectivos.

Las entidades, programas o dependencias podrán desarrollar internamente métodos de auditoría médica o contratar con firmas especializadas, previamente calificadas

como tales e inscritas en la Superintendencia Nacional de Salud. Del programa interno se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 27 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.31 ***Contratos con personal adscrito.*** Las entidades, programas y dependencias de medicina prepagada deberán acordar expresamente con sus médicos adscritos, que cualquiera de las partes deberá avisar con no menos de treinta días (30) de antelación la terminación del contrato, para así garantizar una continuidad mínima en la calidad del servicio profesional ofrecido al usuario.

(Art. 29 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.32 ***Control de Reformas Estatutarias.*** Las reformas a los estatutos de las entidades de medicina prepagada, sometidas a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud no requerirán de su autorización previa, sin perjuicio de las autorizaciones especiales que esta entidad debe otorgar de acuerdo con sus facultades. No obstante, las normas estatutarias deberán ser informadas a dicha entidad tan pronto sean aprobadas, para el cumplimiento de sus funciones.

(Art. 31 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.33 ***Sanciones.*** Para el cumplimiento de este Capítulo la Superintendencia podrá imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción, las sanciones previstas en la ley.

(Art. 33 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.34 Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada están obligadas a publicar con una periodicidad no mayor a la trimestral en medios amplios de información, con toda esta fecha a partir del 1 de junio de 1994, la información misma en materia de cobertura y valor de los programas, conforme las especificaciones que determine la Superintendencia Nacional de Salud.

Será igualmente obligación de las entidades, dependencias y programas el publicar a través de medios amplios de información, con una anticipación no superior a los 90 días ni inferior a los 30, antes de hacerse efectivos, los aumentos de tarifa proyectados especificando los programas afectados.

(Art. 11 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.35 ***Aprobación de programas copagos y pagos.*** La Superintendencia Nacional de Salud deberá aprobar los programas de copagos y pagos moderadores que pretendan desarrollar las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada y definirá la forma como se le deberá suministrar al usuario información al respecto. Para el efecto las entidades de medicina prepagada estarán sometidas al régimen general o de autorización previa que para el efecto disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 1 del Decreto 783 de 2000)

Artículo 2.2.4.1.36 ***Intermediación.*** Para efecto de lo previsto en materia de intermediación en las entidades de Medicina prepagada, se estará a lo dispuesto para las entidades administradoras del sistema general de pensiones conforme lo previsto en el Decreto 720 de 1994 en sus artículos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 y 20.

(Art. 13 del Decreto 1486 de 1994)

Sección 1. Transporte de pacientes

Artículo 2.2.4.1.1.1 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones del presente Título se aplicarán a todas las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada cuyo objeto social incluya el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago.

(Art. 15 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.2 ***Definiciones.*** Para efectos de la presente Sección adóptese la siguiente definición:

Transporte de pacientes: Es el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria, de conformidad con la Resolución 9279 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, y las demás normas que se expidan en esta materia.

(Art. 16 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.3 ***Requisitos.*** Las entidades de medicina prepagada que presten servicios de ambulancia prepagado deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicables, a las disposiciones especiales contenidas en este Capítulo, contar con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias y cumplir con la Normatización del Componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias.

(Art. 17 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.4 ***Denominación social.*** A la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepagado se deberá adicionar la expresión servicio de ambulancia prepagado.

(Art. 18 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.5 ***Objeto social.*** El objeto social de las entidades que presten el servicio de ambulancias prepagado será la gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes en ambulancia bajo el sistema de prepago en forma directa o en las modalidades autorizadas según lo específica la presente Sección

Así mismo se nombrará un funcionario responsable de la dependencia o programa y se deberá independizar el manejo presupuestal médico-prehospitalario, contable y administrativo de las actividades de la institución y estar bajo el control de la Superintendencia Nacional de Salud en lo pertinente.

(Art. 19 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.6 ***Contratos de servicios de ambulancia prepagado.*** Son contratos de servicios de ambulancia prepagado aquéllos que para todos sus efectos legales cuenten con una cobertura en uno o varios de los siguientes servicios de conformidad con lo definido en la Resolución 009279 de 1993 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. De transporte primario.

2. De transporte secundario.

3. De atención prehospitalaria

4. De Red de traslado.

(Art. 20 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.7 ***Vigencia de los contratos***. Los contratos de servicio de ambulancia prepagado deberán guardar directa relación con las cualidades del servicio contratado.

1. Modificación de tarifa Para efecto de anunciar la modificación de las tarifas, las entidades de servicio de ambulancia prepagado publicarán en un diario de circulación en el área donde operan y con un (1) mes de anticipación como mínimo, las nuevas tarifas que regirán para dichos contratos.

2. Continuidad. Las empresas de servicio de ambulancia prepagado o los contratantes podrán dar por terminado el contrato de prestación de servicios de emergencia médica prepagada cuando se presente incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

3. Aprobación de contratos. Los modelos de contratos de servicio de ambulancia prepagado se someterán a la aprobación previa de la Superintendencia Nacional de la Salud.

Con la presentación de la petición se hará la sustentación correspondiente de la viabilidad financiera y de cobertura de la entidad.

(Art. 22 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.8 ***Desarrollo de la atención.*** Las entidades de servicio de ambulancias prepagada deberán suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, con el fin de verificar el cumplimiento de las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato y que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepagada, deberán contar con el siguiente número de ambulancias y patrimonio mínimo, según el número de beneficiarios o afiliados:

Beneficiarios o afiliados	Ambulancias	Patrimonio en smmlv
Menos de 5.000	2	2.000
Más de 5.000 y hasta 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y hasta 25.000	4	3.500
Más de 25.000 y hasta 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y hasta 100.000	7	5.000
Más de 100.000 y hasta 170.000	9	5.500
Más de 170.000 y hasta 250.000	10	6.000
Más de 250.000	11 e incorporar 2 más por cada 80.000 afiliados	6.000 + 1.000 por cada 80.000 afiliados

(Art. 1 del Decreto 308 de 2004)

PARTE 3
RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.1 ***Régimen Subsidiado.*** De conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993, el régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

(Art. 2 del Decreto 2357 de 1995)

TÍTULO 1
DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.1.1 ***Dirección del régimen subsidiado a nivel nacional.*** La dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de Salud y Protección Social, La Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

(Art. 3 del Decreto 2357 de 1995)

Artículo 2.3.1.2 ***Entidades habilitadas para administrar recursos del régimen subsidiado.*** Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud,

ESS, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud, EPS, de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente Título y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 1 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.3 ***Organización de la prestación de servicios a cargo de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS.*** Las EPS, para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de servicios a su cargo, deberán organizar una red de prestadores que tenga en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de la demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio.

2. El modelo de prestación de servicios definido por la EPS, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades.

3. Los servicios habilitados por parte de las empresas sociales del Estado y de otras instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, en el área de residencia de los afiliados.

4. El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.

5. Sin perjuicio de lo establecido en el Sistema único de habilitación de EPS definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores, que incluya:

a. Los procesos de atención en salud.

b. Las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención.

c. Los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención urgente o programada.

6. El sistema de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

7. La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

Parágrafo. En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud.

(Art. 6 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.1.4 ***De la contratación obligatoria con empresas sociales del Estado.*** Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud. Para establecer dicho porcentaje, se tendrá en cuenta el valor resultante de restar al valor total de la UPC-S, la proporción para gastos de administración determinada en la normatividad vigente.

(Art. 7 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.1.5 ***Instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas, IPS, Indígenas.*** De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado les darán a las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado.

(Art. 1 del Decreto 4972 de 2007)

Artículo 2.3.1.6 ***Aspectos que deben ser tenidos en cuenta en la contratación obligatoria y efectiva.*** Para efectos de cumplir con el porcentaje mínimo del 60% de contratación obligatoria y efectiva, del gasto en salud con empresas sociales del Estado ESE, las EPS, deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El porcentaje mínimo de contratación deberá ser cumplido mediante contratación de los servicios de baja, mediana o alta complejidad establecidos en el POS-S con empresas sociales del Estado, que los tengan habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.

2. Los servicios deberán ser incluidos en el porcentaje mínimo en el siguiente orden:

a. Los servicios del plan obligatorio de salud POS correspondientes al primer nivel de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

b. Los servicios del plan obligatorio de salud POS correspondientes a los otros niveles de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

La contratación que se efectúe con cada empresa social del Estado, deberá tener en cuenta los servicios de salud habilitados por la misma.

(Art. 8 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.1.7 ***Incumplimiento de los indicadores pactados.*** Si durante la ejecución del contrato, entre la Entidad Promotora de Salud del Régimen

Subsidiado - EPS y la empresa social del Estado se incumplen los indicadores pactados contractualmente, en términos de calidad, oportunidad y acceso, la EPS podrá contratar con otra(s) IPS previa verificación del incumplimiento y concepto del Ministerio de Salud y Protección Social o de la entidad en quien éste delegue.

No se requerirá de concepto, cuando en desarrollo del sistema de evaluación por resultados establecido en el artículo segundo de la Ley 1122 de 2007, se encuentre incumplimiento de los indicadores por parte de una ESE.

Parágrafo. Lo anterior sin perjuicio del cumplimiento del sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las empresas sociales del Estado.

(Art. 9 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.1.8 ***Obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado.*** Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.

2. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

3. Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.

4. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

5. Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente Título.

6. Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

7. Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

8. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

9. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

10. Cumplir con las disposiciones legales y las contenidas en el presente Título.

(Art. 4 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.9 ***Requisitos para la operación del régimen subsidiado.*** La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del régimen subsidiado a las entidades que reúnan los siguientes requisitos:

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como entidades promotoras de salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.

2. Tener una razón social que la identifique como EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ESS.

3. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S. En consecuencia deberá afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud y administrar el riesgo en salud de esta población.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

Parágrafo. Cuando la EPS del régimen subsidiado posea red prestadora deberá establecer una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad EPS del régimen subsidiado y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio.

Cuando la entidad opere en el régimen contributivo, deberá administrar los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes.

(Art. 5 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.10 ***Reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento.*** Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como EPS del régimen subsidiado deberán obtener, con una antelación mínima de cuarenta y cinco (45) días a la fecha del respectivo período de contratación, la autorización de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la ley y el presente Título.

Las Entidades de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las EPS del régimen subsidiado, en concordancia con las demás normas que les son aplicables de conformidad con su naturaleza.

La promoción de la creación de las Administradoras de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos 140 y 141 del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener la autorización de funcionamiento de una EPS del régimen subsidiado deberá estar acompañada de la siguiente documentación:

a. El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;

b. Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el presente Título;

c. La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software, hardware y recurso humano disponibles con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia;

d. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde proyecta operar, o a través de los cuales garantizará la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S. Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS-S ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

e. El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos de acuerdo con su capacidad y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual alcanzará el respectivo límite mínimo, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

f. El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente Título;

g. La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional y regional, en día domingo y en página impar, en el cual se exprese por lo menos, el nombre e identificación de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante, dentro del día hábil siguiente al que se reciba.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

La Superintendencia Nacional de Salud concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

(Art. 6 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.11 ***Autorización especial.*** La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a entidades administradoras del régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única EPS del régimen subsidiado autorizada en la región por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.

3. Una cartera no mayor de treinta (30) días con las instituciones proveedoras de bienes y prestadoras de servicios de salud.

4. Un patrimonio técnico saneado.

5. Un nivel de endeudamiento inferior al 50% del patrimonio.

(Art. 7 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.12 ***Autorización a las Cajas de Compensación Familiar para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.*** Las Cajas de Compensación Familiar podrán seguir administrando directamente los recursos del régimen subsidiado de conformidad con lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, siempre y cuando tengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para operar el régimen subsidiado y asuman las funciones establecidas propias del régimen.

Con el fin de obtener la respectiva autorización para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217, estas entidades deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud:

1. El diseño de un programa especial para la administración de subsidios, en donde acredite su capacidad técnica, científica y administrativa para garantizar el aseguramiento, administración y la organización de los servicios de salud, incluida la acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware, que permitan la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.

2. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde piensa operar, o a través de los cuales piensa garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS.

Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacitación es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados.

3. La constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a subsidios en salud.

4. Las demás que la Superintendencia Nacional de Salud requiera para cerciorarse de los requisitos anteriormente previstos.

(Art. 8 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.13 **Convenio entre Cajas**. Cuando una Caja de Compensación no obtenga autorización para administrar subsidios, la pierda o no reúna el número mínimo de afiliados exigido en el presente decreto, podrá celebrar convenios con otras Cajas de Compensación autorizadas con el fin de que éstas administren dichos recursos. En estos casos se estimará el número de beneficiarios que está en capacidad de atender con el 80% de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, sin perjuicio del giro del 100% del recaudo a la Caja con la que se suscribió el convenio de administración.

En el evento en que resulten excedentes en la operación, bien se trate de recursos o rendimientos, se aplicarán las normas sobre la materia.

Cuando este convenio no se suscriba, la Caja de Compensación deberá girar el aporte obligatorio establecido en la Ley 100 de 1993 a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Igualmente, deberá girar el saldo de recursos que no pueda ser objeto de convenio en términos efectivos de afiliación de la correspondiente población.

(Art. 9 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.14 ***Socios o administradores de una EPS del régimen subsidiado.*** No podrán ser socios o administradores de una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado:

1. Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.

2. Los representantes legales o administradores de otra EPS, EPS del régimen subsidiado o IPS y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas.

3. Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública.

4. Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores.

5. Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

6. Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción.

7. Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

(Art. 11 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.15 ***Operaciones no autorizadas.*** Las EPS del régimen subsidiado no podrán:

1. Adquirir bienes inmuebles o realizar cualquier tipo de inversión de compra o arrendamiento financiero con cargo a los recursos correspondientes a las unidades

de pago por capitación, salvo aquel porcentaje que resulte al deducir del 100% del ingreso los valores porcentuales necesarios para cancelar en forma oportuna las obligaciones con los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud conforme las disposiciones legales y contractuales vigentes y los recursos necesarios para el pago de sus empleados y servidores.

2. Utilizar los recursos correspondientes a las UPC-S para respaldar créditos de los asociados, otorgar préstamos a sus asociados o terceros, salvo que se trate de recursos producto de utilidades, hecho este que deberá quedar reflejado en los estados financieros.

3. Otorgar préstamos, con los recursos del régimen, a sus asociados, administradores o empleados, salvo que se trate de utilidades liquidadas y efectivamente ingresadas en el flujo de caja, conforme reglamento general aprobado por la Junta Directiva u órgano máximo de administración.

(Art. 13 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.16 ***Utilización del capital.*** El importe del capital social inicial solo podrá ser utilizado durante la etapa de organización para:

1. Cobertura de los gastos que dicho proceso demande.

2. Compra o construcción de inmuebles para uso de la empresa.

3. Compra del mobiliario, equipo y máquinas requeridas para el funcionamiento de la empresa.

El remanente que no podrá ser inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital inicial deberá ser invertido en valores de entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de manera que se garantice seguridad, eficiencia y rentabilidad. Una vez inicie operaciones, podrá comprometer estos recursos en contratación de bienes y servicios necesarios para garantizar la prestación de servicios de salud a su población afiliada.

En todo caso el patrimonio mínimo deberá mantenerse so pena de incurrir en causal de suspensión y revocatoria de la autorización de funcionamiento.

(Art. 14 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.17 ***Garantía de los organizadores.*** Los organizadores de una EPS del régimen subsidiado garantizarán personal y solidariamente la realización de los aportes de capital al momento de la constitución.

(Art. 15 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.18 ***Empresas Solidarias de Salud.*** Las empresas solidarias de salud que no reúnan los requisitos para realizar la labor de aseguramiento en el régimen subsidiado conforme el presente Capítulo, podrán:

1. Fusionarse o asociarse con otras empresas solidarias con el fin de acreditar los requisitos exigidos para ser autorizadas como administradoras del régimen subsidiado.

2. Reorientar su actividad y ejercer control social sobre las entidades que aseguran y prestan servicios de salud a la población beneficiaria del régimen subsidiado.

(Art. 16 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.1.19 ***Pagos entes territoriales por el sistema de seguridad social en salud.*** Para efecto de los pagos a cargo de las entidades integrantes del sistema de Seguridad Social en Salud frente a los entes territoriales, cuando exista la correspondiente obligación conforme las disposiciones constitucionales y legales, se entiende por ingreso bruto, el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación, cotizaciones y demás ingresos, conforme la naturaleza y clase de la entidad, que se tengan asignados como gasto administrativo promedio, fijándose para efecto de este artículo el 20% de los ingresos totales de la entidad.

(Art. 19 del Decreto 1804 de 1999 modificado por el artículo 10 del Decreto 46 de 2000)

Artículo 2.3.1.20 **Obligaciones de las Cajas de Compensación Familiar.** Los excedentes de los recursos que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, en cuentas independientes del resto de sus rentas y bienes, serán destinados para financiar la ampliación de cobertura al régimen subsidiado mediante el otorgamiento de subsidios parciales para la población de los niveles 3 y 4 del Sisben, conforme la reglamentación vigente.

(Art. 20 del Decreto 1804 de 1999)

TÍTULO 2
RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.2.1 ***Cobertura básica en salud departamental.*** Se entiende por cobertura básica en salud para los departamentos, el mantenimiento del esfuerzo financiero y fiscal realizado y destinado al régimen subsidiado. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará anualmente el cumplimiento o incumplimiento de dicha situación.

(Art. 1 del Decreto 3510 de 2009, inciso 1)

Capítulo 1
Flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado

Artículo 2.3.2.1.1 ***Objeto y campo de aplicación.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso

efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus disposiciones se aplican a cualquier persona natural o jurídica responsable de la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.2 ***Obligaciones de los actores en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado.*** Los actores que intervienen en la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la obligación de garantizar el flujo de los mismos a través del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Capítulo y demás normas que regulan la materia; y responderán por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. El incumplimiento de las obligaciones dará lugar a la aplicación de las sanciones personales, entre otras, las del artículo 68 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 2 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.3 ***Deber de información.*** Las autoridades públicas, entidades privadas y demás actores que intervienen en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado, están obligadas a suministrar la información acerca de las bases de cálculo de los recursos del sistema, su recaudo y giro, en los términos y condiciones señaladas por las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los convenios y contratos que se suscriban para efectos del giro de los recursos.

(Art. 3 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.4 ***Instrucciones sobre el flujo de recursos del Régimen Subsidiado.*** En ejercicio de sus funciones, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud impartir las instrucciones necesarias para la correcta aplicación de las normas relativas al flujo de recursos del Régimen Subsidiado desde el origen de la fuente hasta el pago al prestador efectivo de los servicios.

(Art. 4 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.5 ***Programación y distribución de los recursos.*** La programación y distribución de los recursos del régimen subsidiado se hará de conformidad con las siguientes reglas:

a) Recursos del Sistema General de Participaciones. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Departamento Nacional de Planeación dentro de los tres (3) días siguientes a la radicación del proyecto de ley de presupuesto ante el Congreso de la República, el monto incorporado por concepto del Sistema General de Participaciones para la siguiente vigencia fiscal.

Con base en el monto apropiado el Departamento Nacional de Planeación, DNP, hará la distribución del Sistema General de Participaciones y lo someterá a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, quien deberá aprobarla a más tardar el 1 de octubre del año en que se realiza la distribución, debiendo ser comunicada por el Departamento Nacional de Planeación, DNP, a las entidades territoriales dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación del respectivo documento Conpes;

b) Recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la solicitud de cupo de apropiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de acuerdo con las necesidades de recursos para garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado y la meta de ampliación de cobertura para la siguiente vigencia, que deberá contar con un estudio de sostenibilidad financiera de mediano plazo. Dicha solicitud se presentará en la fecha prevista en el calendario de presentación de los anteproyectos de Presupuesto, y deberá ser sostenible fiscalmente.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el monto apropiado en la Ley Anual del Presupuesto aprobada por el Congreso de la República para la siguiente vigencia fiscal destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, cinco (5) días después de dicha aprobación;

c) Distribución de los recursos del Régimen Subsidiado. Con la información de los recursos del Sistema General de Participaciones, distribuidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes, con los recursos disponibles en cada entidad territorial, y con el monto apropiado para el régimen subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobará el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y hará la distribución de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad, a más tardar en la última sesión de cada año, entre los entes territoriales conforme a la necesidad de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia en curso y los cupos de ampliación de cobertura, la cual deberá dar prioridad a las entidades territoriales con mayor rezago.

El Ministerio de Salud y Protección Social comunicará a cada ente territorial su respectivo cupo, dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acuerdo de distribución.

(Art. 5 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.6 ***Presupuestación de los recursos por parte de las entidades territoriales.*** Los departamentos, municipios y distritos deberán incorporar en los proyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal, los recursos propios destinados al régimen subsidiado, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, una vez les hayan sido comunicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los recursos del régimen subsidiado financiados a través del Sistema General de Participaciones en Salud, con base en la información remitida por el Departamento Nacional de Planeación, DNP.

(Art. 6 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.7 ***Prohibición de la Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado con otros recursos.*** Los recursos del Régimen Subsidiado se manejarán en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, según el caso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, las normas que lo desarrollen, adicionen o modifiquen y no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso de la entidad territorial.

(Art. 7 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.8 ***Giro de los recursos del punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo.*** Las Entidades exceptuadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y todos los obligados a efectuar este aporte, deberán girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el valor correspondiente a 1,5 puntos de solidaridad, a más tardar dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente al pago de la nómina.

Parágrafo. Sin perjuicio de las acciones de carácter penal, administrativo, disciplinario y fiscal, cuando se registre mora en el giro de los recursos a que se refiere el presente artículo, se causarán intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN.

(Art. 10 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.9 ***Recursos del recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado que no administran directamente las Cajas de Compensación Familiar.*** Los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General Seguridad Social en Salud que no sean administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar, deberán ser girados a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

Los recursos a que se refiere el presente artículo, correspondientes a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se transferirán junto con sus rendimientos el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

La información sobre los depósitos a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se presentará al administrador fiduciario de éste en las fechas establecidas para el giro, debidamente certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la entidad, manifestando expresamente que no existen recursos pendientes de giro.

Parágrafo. El giro extemporáneo de los recursos a que se refiere el presente artículo, ocasionará intereses moratorios a cargo de la Caja de Compensación Familiar respectiva, liquidados a la tasa de interés moratorio, aplicable a los

impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, con sujeción a lo establecido en el Decreto ley 1281 de 2002, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

(Art. 11 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.10 ***Recursos del recaudo del subsidio familiar que se destinan al Régimen Subsidiado administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar***. Las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen de Subsidios en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán sobre su recaudo al administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite mensual establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores. Los recursos de que trata el presente artículo deberán ser manejados en cuentas contables y bancarias separadas del resto de los recursos y no podrán hacer unidad de caja con los demás recursos que maneja la Caja de Compensación Familiar.

La información a que se refiere el presente artículo, correspondiente a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se reportará el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

Cuando al cierre de la vigencia fiscal, el recaudo de los recursos a que hace referencia este artículo y los rendimientos financieros de los mismos, supere el monto de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) reconocidas en el respectivo año, teniendo en cuenta sus afiliados durante el mismo, el excedente deberá ser girado al Fosyga –Subcuenta de Solidaridad– durante el mes de enero del año siguiente al que corresponda el recaudo junto con la información respectiva.

Los recursos de excedentes que se generen a partir de la vigencia 2011, se usarán en la cofinanciación del Régimen de Subsidios en Salud a cargo del Fosyga.

De resultar saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar al cierre de la vigencia fiscal, el Fosyga previa verificación, reconocerá los recursos que correspondan directamente a estas.

La información de los excedentes o saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar de que trata este artículo, deberá ser certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la respectiva Caja de Compensación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará los formularios y mecanismos operativos que se requieran para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

(Art. 12 del Decreto 50 de 2003, modificado por el artículo 1 del decreto 3136 de 2011)

Artículo 2.3.2.1.11 ***Revisión del presupuesto inicial de los recursos del subsidio familiar que se deben destinar al Régimen Subsidiado.*** Durante el m es de febrero de cada año, una vez definido el cálculo del cuociente de recaudo de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, deberá determinar con base en la información que suministre la Superintendencia de Subsidio Familiar o la entidad que haga sus veces y la reportada directamente por las Cajas de Compensación Familiar, si se prevé una disminución real de los recursos en la siguiente vigencia, que las Cajas de Compensación Familiar deben destinar al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que los administran directamente.

(Art. 13 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.12 ***Rendimientos Financieros.*** Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, son parte de los recursos del régimen subsidiado. Así mismo, los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES.

(Art. 15 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.13 ***Informe a la Superintendencia Nacional de Salud.*** En aquellos casos en los cuales el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, encuentre que se incumplió con el giro de los recursos incluidos en este capítulo por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Cajas de Compensación Familiar, las EPS del régimen subsidiado, las entidades exceptuadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades territoriales y todos los obligados al giro de los recursos a la subcuenta de solidaridad, deberá informar este hecho de manera precisa y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud para que aplique las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

Así mismo, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando se encuentre que las mencionadas entidades, no remitieron la información oportunamente, la hubieren suministrado de manera inconsistente o hayan incumplido alguna de las normas contenidas en este Capítulo, para que esa entidad de control, adopte las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 18 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.14 ***Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.*** Los contratos por capitación que celebren las EPS del régimen subsidiado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no las relevan de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 1011 de 2007 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.

Se considera práctica insegura, la contratación que realice una EPS del régimen subsidiado o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.

Será solidariamente responsable la EPS del régimen subsidiado y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.

Parágrafo 1. Las entidades EPS del régimen subsidiado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. Las EPS del régimen subsidiado y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información.

Parágrafo 2. Ninguna Entidad Promotora de Salud (EPS) ni EPS del régimen subsidiado podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma institución prestadora de servicios de salud.

(Art. 41 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.15 ***Transparencia en la información del sistema.*** La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones personales a los representantes legales de las instituciones prestadoras de servicios de salud, EPS del régimen subsidiado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), cuando incurran en aquellas conductas encaminadas a ocultar a la autoridad de supervisión la situación real de acreencias en la relación entre la EPS del régimen subsidiado y la institución encargada de la prestación del servicio.

(Art. 44 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.16 ***Operaciones con entidades subordinadas.*** Las entidades que administren el régimen subsidiado, conforme a las disposiciones legales, se deberán abstener de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social.

Se entiende como desviación de recursos de la seguridad social, la celebración de un contrato en condiciones de pérdida para las entidades que administren el régimen subsidiado con una entidad subordinada, tales como, la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadoras, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a la entidad EPS del régimen subsidiado a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. Las entidades que

realicen esta clase de conductas serán intervenidas para su correspondiente liquidación.

Parágrafo. Para efectos del presente Capítulo se entiende que la Entidad EPS del régimen subsidiado tiene una relación de subordinación, cuando se cumplan cualquiera de las hipótesis previstas en el artículo 261 del Código de Comercio bien frente a la entidad administradora o bien frente a la red de instituciones prestadoras de servicios y demás personas con las cuales se celebren otro tipo de contratos.

(Art. 45 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.2.1.17 ***Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras.*** Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las EPS del régimen subsidiado y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y subsidiado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia todas las entidades promotoras de salud y EPS del régimen subsidiado estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 48 del Decreto 50 de 2003)

Capítulo 2
Administración de los recursos del Régimen Subsidiado

Artículo 2.3.2.2.1 ***Objeto.*** En este Capítulo se define el instrumento jurídico y técnico para efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado y para el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados a dicho régimen.

(Art. 1 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.2 ***Presupuestación y ordenación del gasto de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado.*** La responsabilidad en la presupuestación y la ordenación del gasto de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado, mediante la determinación de los beneficiarios de los subsidios, es de la entidad territorial.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán informar al Ministerio de Salud y Protección Social antes del 1° de septiembre de cada año, los recursos de esfuerzo propio destinados a financiar el Régimen Subsidiado, incluyendo las rentas cedidas departamentales y distritales, incorporados en sus anteproyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal. Para la presupuestación de estos recursos, los distritos y departamentos deberán sujetarse a lo establecido en el numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo 214 de la Ley 100 de 1993.

Tomando como base la información a que alude el inciso anterior, la población afiliada y por afiliar en la siguiente vigencia fiscal, así como el porcentaje de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), previsto en los planes financieros del Régimen Subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social informará a cada entidad territorial, antes del 1 de octubre de cada año, el estimativo de los recursos del SGP, de los que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, los del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y los del Presupuesto General de la Nación destinados al Régimen Subsidiado, para su incorporación en el presupuesto de la entidad territorial para la siguiente vigencia fiscal.

Parágrafo. En virtud de la Ley 1438 de 2011, cuando el recaudo de los recursos de esfuerzo propio que deban destinarse a la financiación del Régimen Subsidiado, supere el monto inicialmente presupuestado por las entidades territoriales, estas deberán incorporarlos en la siguiente vigencia fiscal conservando su destinación y reportarlos en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo Transitorio. Para la vigencia 2012 y siguientes, la capacidad de afiliación se determinará con base en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.3 ***Instrumento jurídico para definir el compromiso presupuestal de las entidades territoriales.*** En los primeros quince (15) días hábiles del mes de enero de cada año, las entidades territoriales emitirán un acto administrativo mediante el cual se realizará el compromiso presupuestal del total de los recursos del Régimen Subsidiado en su jurisdicción, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del respectivo año, basado en la información de la Base de Datos Única de Afiliados y el monto de recursos incorporado en su presupuesto.

El acto administrativo establecerá como mínimo:

a) El costo del aseguramiento de la población afiliada en cada entidad territorial y los potenciales beneficiarios de subsidios en salud.

b) El total de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado discriminados por fuente.

Parágrafo. Las entidades territoriales ejecutarán y registrarán el compromiso presupuestal sin situación de fondos de los recursos de giro directo, con base en la información contenida en la "Liquidación Mensual de Afiliados" de que trata el artículo 2.3.2.2.6 del presente decreto.

(Art. 4 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.4 ***Cuentas maestras.*** Las cuentas bancarias registradas por las EPS ante el Ministerio de Salud y Protección Social para el recaudo y giro de los recursos que financian el Régimen Subsidiado de que trata el presente Capítulo, se considerarán cuentas maestras.

(Art. 5 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.5 ***Reporte de información de recursos contratados por capitación.*** Mensualmente las Entidades Promotoras de Salud remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social, según el mecanismo que se defina, la información del monto a pagar anticipadamente a su red prestadora por los contratos por capitación de acuerdo con lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Dicho reporte será denominado "Reporte de Información de Recursos Contratados por Capitación.

Las novedades de la información con las que se suscriban nuevos contratos de capitación deberán ser reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social durante el mes siguiente a la modificación.

En caso de que la EPS no tenga contratos de capitación vigentes, deberá reportar esta información al Ministerio de Salud y Protección Social mediante certificación firmada por el Representante legal de la Entidad Promotora de Salud.

(Art. 6 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.6 ***Liquidación mensual de afiliados.*** Para efectos del giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS en nombre de las Entidades Territoriales y a los prestadores de servicios de salud, este generará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), del mes inmediatamente anterior, suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales.

La Liquidación Mensual de Afiliados determinará el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación; el detalle de los descuentos a realizar por aplicación de las novedades registradas en la Base de Datos Única de Afiliados; las deducciones por los giros de lo no debido, conforme al artículo 2.6.1.2.1.3 del presente decreto y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

La información de la Liquidación Mensual de Afiliados se pondrá en conocimiento de las Entidades Territoriales y de las Entidades Promotoras de Salud, una vez realizado el giro de los recursos. De igual forma, se dispondrá la información de los giros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud realizados de acuerdo con la autorización de las Entidades Promotoras de Salud. En todo caso, las entidades territoriales como responsables de financiar el aseguramiento de su población afiliada, deberán revisar la Liquidación Mensual de Afiliados remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y realizar los ajustes a que haya lugar en la BDUA de acuerdo con los procedimientos establecidos para ello, e informar al Ministerio de Salud y Protección o quien haga sus veces, sobre las inconsistencias no relacionadas con la BDUA, para que en los giros posteriores esto sea tenido en cuenta, haciendo los ajustes a que haya lugar.

Parágrafo 1. Si la Entidad Territorial o el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) como responsables de la actualización de la información de

afiliación al Régimen Subsidiado de la población carcelaria, no realizan la validación de la Base de Datos Única de Afiliados dentro de los plazos establecidos para el reporte de actualización de novedades, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, realizará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información del último corte disponible. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades que por omisión, inexactitud o reporte inoportuno correspondan a las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud o al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec).

Parágrafo 2. Podrán reconocerse novedades de afiliación retroactivas generadas después del 1 de abril de 2011 y registradas en la BDUA, hasta un año después de la generación de las mismas.

(Art. 7 del Decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 1 del decreto 3830 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.7 ***Giro directo de los recursos incorporados en el presupuesto general de la nación, en el Fosyga y demás recursos disponibles en el nivel central, destinados al régimen subsidiado.*** Con base en la Liquidación Mensual de Afiliados, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, girará a las cuentas maestras de las Entidades Promotoras de Salud, en nombre de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Participaciones en su componente de subsidios a la demanda y los del Presupuesto General de la Nación y autorizará al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga el giro que corresponda, descontando los montos reportados por la Dirección de la Cuenta de Alto Costo.

El giro directo de los recursos se realizará dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes al que corresponda la Liquidación Mensual de Afiliados.

Parágrafo 1. El mecanismo financiero señalado en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011 para la realización del giro establecido en el presente Capítulo, podrá ser contratado por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces.

Parágrafo 2. En ningún caso las entidades territoriales podrán imputar los recursos girados en los términos del presente artículo, al pago de cartera originada en contratos de aseguramiento.

Parágrafo 3. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que en cumplimiento de las normas correspondientes deban girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, lo harán mensualmente con cargo a los recursos que gira la Nación o los distritos o municipios que continúan administrando los recursos del Régimen Subsidiado, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de los recursos del aseguramiento provenientes de la Nación.

Aquellas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que incumplan dicho plazo, serán reportadas por la Dirección de la Cuenta de Alto Costo al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien haga sus veces, quien a su vez procederá a informar al Fosyga para que realice el descuento de los montos correspondientes a las EPS o a las Entidades Territoriales que de forma transitoria

continúen administrando los recursos del Régimen Subsidiado; descuento que se realizará en el siguiente giro que efectúe el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

La Dirección de la Cuenta de Alto Costo también reportará tal incumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud para que proceda según sus facultades legales.

(Art. 8 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 3830 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.8 ***Flujo de los recursos a los prestadores de servicios de salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud efectuarán desde la cuenta maestra, los pagos a la red prestadora contratada dentro de los plazos establecidos en el Literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de evidencia de incumplimiento a los plazos contemplados en la precitada disposición para el pago a la red prestadora de servicios de salud, la Superintendencia Nacional de Salud dará aplicación a lo previsto en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011, además de las medidas que establezca el Gobierno Nacional para girar directamente a los prestadores del Sistema con base en lo definido en el artículo 2.6.1.2.1.2 del presente decreto.

(Art. 9 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 3 decreto 1700 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.9 ***Giro y flujo de los recursos de esfuerzo propio.*** Las entidades territoriales procederán a girar, dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, los recursos de esfuerzo propio a las Entidades Promotoras de Salud por el monto definido en la Liquidación Mensual de Afiliados.

Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales deberán acordar el giro directo a la red prestadora pública contratada por la EPS con cargo a los recursos del esfuerzo propio. Dicho monto será descontado del valor a girar a las EPS por UPC.

Los departamentos, en nombre de los municipios, podrán girar directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los recursos destinados a la financiación del Régimen Subsidiado de que tratan los numerales 2 al 5 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, modificatorio del artículo 214 de la Ley 100 de 1993. Este giro se hará dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, con base en la información que para el efecto deberá repodar la respectiva Entidad Promotora de Salud y aplicando el procedimiento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los departamentos que no se acojan al mecanismo de giro directo a que alude el inciso anterior, deberán girar dichos recursos durante los cinco (5) primeros días hábiles del mes a la cuenta maestra del municipio.

Parágrafo. Los municipios ejecutarán y registrarán sin situación de fondos los recursos que giren directamente los departamentos para la financiación del

Régimen Subsidiado de salud, con base en la información que estos les reporten, conforme a lo previsto en el presente Capítulo.

(Art. 10 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 1 del Decreto 1713 de 2012)

Artículo 2.3.2.2.10 ***Giro directo de los recursos del régimen subsidiado a los prestadores de servicios de salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un plan para la implementación progresiva del giro directo a los prestadores de servicios de salud de naturaleza pública y privada.

Para el diseño del plan, se adelantará una prueba piloto. Con base en los resultados de la prueba piloto, se establecerán los criterios técnicos y operativos que deberán cumplir las EPS y los prestadores de servicios de salud para ser sujetos de giro directo. En todo caso, el giro directo a los prestadores de naturaleza pública se iniciará antes del 31 de diciembre de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social no realizará verificaciones de los valores a girar, salvo lo relativo a la consistencia entre el valor total de los giros a las IPS y el valor total a girar a la respectiva EPS por reconocimiento de UPC. Los giros que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del presente Capítulo no modifican las obligaciones contractuales entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, y por ello no exoneran a las Entidades Promotoras de Salud del pago de sus obligaciones a su red de prestadores por los montos no cubiertos mediante el giro directo. Tampoco exime a las instituciones prestadoras de servicios de salud de sus obligaciones contractuales, en particular en lo relacionado con la facturación.

Las posibles inconsistencias o errores en el reporte realizado por la Entidad Promotora de Salud de los montos a girar a los prestadores, son responsabilidad exclusiva de la Entidad Promotora de Salud y para subsanarse, deberán utilizar los procedimientos acordados entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud. En ningún caso, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá descontar a las IPS recursos para ser transferidos a otras EPS o IPS".

(Art. 12 del decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 4 del decreto 1700 de 2011)

Artículo 2.3.2.2.11 ***Entrega de información.*** Las Entidades Promotoras de Salud, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción del giro directo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), proveniente de recursos de la Liquidación Mensual de Afiliados establecida en las normas vigentes o los que a cualquiera otro título sean girados directamente a las IPS en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a través del mecanismo creado por el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, o por las Entidades Territoriales, deberán remitir a las IPS la información de las facturas y los valores del giro directo autorizado que deben aplicar a cada factura.

En el evento que las Entidades Promotoras de Salud no atiendan esta obligación, en el término aquí establecido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

podrán aplicar los valores del giro directo a las facturas aceptadas y no pagadas por la Entidad Promotora de Salud, priorizando la facturación más antigua.

La información de la aplicación de los recursos, deberá ser suministrada por la IPS al responsable del pago dentro de los 15 días siguientes a la recepción de los giros, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

(Art. 2 del Decreto 1095 de 2013)

Capítulo 3
Reglas para las entidades territoriales para el giro de recursos del régimen subsidiado

Artículo 2.3.2.3.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto dictar medidas que permitan asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud y controlar el manejo y destinación de los mismos.

(Art. 1 del Decreto 1965 de 2010)

Artículo 2.3.2.3.2 ***Etapas del proceso de pago de la entidad territorial a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, para el período de contratación que termina el 31 de marzo de 2011. El proceso de giro y pago de los recursos del Régimen Subsidiado comprenderá las siguientes etapas***:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá en el FTP la guía para la liquidación de pagos, la cual se elaborará con la información de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA que recibe, administra y con solida el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga y la UPC-S vigente para cada período y municipio.

2. Cada entidad territorial revisará la guía para la liquidación de pagos dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social para cada Municipio, a través del mecanismo definido por este último.

3. Cada entidad territorial enviará al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga las novedades de retiro de afiliados que no deben hacer parte de la guía para la liquidación de pagos, para actualizar la BDUA conforme a lo establecido en la Resolución 1345 de 2012 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social y/o el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, dispondrá la guía definitiva para la liquidación de las UPC-S a las entidades territoriales, que servirá de base para efectuar los pagos correspondientes a las EPS del Régimen Subsidiado, pagos que en todo caso, deberán realizarse a través de las cuentas maestras territoriales y en los términos señalados en las normas vigentes.

Los Municipios que se encuentren incursos en la medida de giro directo deberán cumplir con las obligaciones establecidas en el presente artículo, sin embargo, si llegada la fecha de giro establecida en las normas vigentes, la entidad territorial no ha cumplido con las mismas, el Ministerio de Salud y Protección Social liquidará el valor de las UPC-S con base en la información contenida en la guía para la liquidación de pagos inicial.

Parágrafo 1. La entidad territorial con la información de los afiliados que soporta los pagos efectivos de UPC-S, conformará una base de datos que será el histórico de afiliados del régimen subsidiado pagados por la entidad territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará a nivel nacional, la información de la liquidación a que hace referencia el numeral cuatro de este artículo, con el propósito de que los organismos de inspección, vigilancia y control, puedan efectuar los cruces de esta información con la información del histórico de afiliados pagados por cada entidad territorial y con la información registrada en su cuenta maestra.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la estructura de datos para la conformación de las bases de datos del histórico de afiliados pagados en las entidades territoriales".

(Art. 3 del Decreto 1965 de 2010 modificado por el artículo 1 del Decreto 415 de 2011)

Capítulo 4
Pago de deudas del régimen subsidiado

Artículo 2.3.2.4.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto establecer el procedimiento que deben aplicar los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas que tengan con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, por contratos de aseguramiento suscritos hasta marzo 31 de 2011.

(Art. 1 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.2.4.2 ***Aplicación de las fuentes para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud.*** Los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas por concepto de contratos de aseguramiento con vigencia hasta el 31 de marzo de 2011, determinadas conforme al artículo anterior, deberán aplicar los siguientes recursos:

a. Recursos depositados en las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado de Salud. Las entidades territoriales deberán pagar dentro de los cuarenta (40) días hábiles siguientes al 23 de mayo de 2012, las deudas determinadas de conformidad con lo previsto en el artículo anterior, utilizando los recursos depositados en sus cuentas maestras, previo descuento de aquellos recursos definidos en el compromiso presupuestal de que trata el artículo 2.3.2.2.3 del presente decreto, para respaldar el aseguramiento a partir de abril de 2011.

Los recursos de cofinanciación de esfuerzo propio que debía aportar el municipio, distrito o departamento para la cofinanciación del aseguramiento y que no se hayan transferido por dichas entidades territoriales a las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, deberán ser girados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al 23 de mayo de 2012, hasta el monto de la cofinanciación que corresponda efectuar a cada entidad territorial.

La utilización de los recursos disponibles en la cuenta maestra del Régimen Subsidiado se hará independientemente de la vigencia en la cual se hayan recaudado y de las fuentes que cofinanciaron el respectivo contrato de aseguramiento. Lo anterior, sin perjuicio de los trámites y ajustes presupuestales a que haya lugar.

Las entidades territoriales que tengan procesos judiciales iniciados por las EPS para el pago de obligaciones generadas con ocasión de los contratos de aseguramiento y que no hayan sido objeto de su reconocimiento, deberán determinar el capital que consta en las pretensiones, cuyo valor sea objeto de litigio, con miras a efectuar la provisión respectiva, la cual deberá estar respaldada con los recursos de su cuenta maestra;

b. Recursos previstos por el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011. De persistir deudas después de la aplicación de los recursos de que trata el literal anterior, las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud reportarán a la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del plazo definido en el inciso primero del literal a) de este artículo, el saldo de la deuda no pagada.

Una vez aplicados los recursos a que hace referencia el literal anterior, los saldos de la deuda se pagarán por las entidades territoriales con cargo a los recursos que correspondan a saldos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP), Sistema General de Participaciones – Propósito General de libre inversión del municipio y los provenientes de regalías.

Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en conocimiento de la entidad territorial a través de la página web, previo al giro, de acuerdo con la información suministrada el menor valor del saldo pendiente de pago y las fuentes señaladas en el inciso anterior, de las que se descontarán dichos montos, con el objeto de que aquella, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la información ratifique o modifique las fuentes a los que refiere el presente literal.

En el evento en que la entidad territorial no se pronuncie respecto de las fuentes a afectar, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a adelantar el procedimiento de afectación de las fuentes a que se refiere este literal.

Para el efecto, dicho Ministerio informará al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuando se trate de recursos del Sistema General de Participaciones – Propósito General, el monto a transferir, el número de identificación tributaria, el nombre de cada entidad territorial por cuenta de quien se efectuará el giro, así como el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de la cuenta bancaria del mecanismo financiero previsto en los artículos 2.6.1.2.2, 2.6.1.2.5, y 2.6.1.2.7 o la

norma que los modifique, adicione o sustituya, al cual se deberán consignar los recursos.

Lo anterior, con el objeto de que a través de dicho mecanismo financiero se proceda al giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, que informen las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Cuando los recursos a girar provenientes de las fuentes a que se refiere el presente literal sean superiores a los recursos adeudados por las EPS a las IPS públicas, se procederá con dicho saldo al giro directo a las demás Instituciones Prestadores de Servicios de Salud hasta el agotamiento de tales recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social informará a las entidades territoriales sobre los giros efectuados, con el fin de que tales entidades realicen los registros presupuestales y contables del caso.

El valor que se descuente a cada una de las fuentes de la entidad territorial deberá tener en cuenta el valor mensual que de acuerdo con la ley y los reglamentos aplican al giro periódico de dichas fuentes, hasta completar el valor informado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tratándose de los recursos provenientes de regalías y FAEP, se deberá tener en cuenta la normatividad que sobre el manejo de estos recursos se expida.

Parágrafo 1. En el pago de las deudas a las EPS, se privilegiarán las que correspondan a los periodos contractuales más antiguos y se girará en forma directa a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas.

Parágrafo 2. Los recursos disponibles en las cuentas maestras después de efectuar el pago de las deudas de conformidad con el procedimiento establecido en el presente Capítulo, previo descuento de aquellos recursos definidos en el compromiso presupuestal de que trata el artículo 2.3.2.2.3 del presente decreto, para respaldar el aseguramiento a partir de abril de 2011, así como la provisión señalada en el último inciso del literal a) del presente artículo, podrán destinarse al pago de las obligaciones por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, a cargo del departamento, distrito o municipio, conforme con lo establecido en el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011.

Parágrafo 3. La deuda determinada en actos diferentes a actas de liquidación por mutuo acuerdo o liquidación unilateral, no excluye la obligación de que posteriormente se adelante el procedimiento de liquidación del contrato en el marco de las normas legales vigentes, evento en el cual, se deberán tener en cuenta los pagos realizados, incluyendo los que se deriven de la aplicación de este Capítulo.

En caso de que una vez liquidado el contrato correspondiente, resulten diferencias a favor de la entidad territorial, esta deberá adelantar las actuaciones administrativas, para tales efectos las EPS, deberán autorizar a la entidad territorial y/o al Fosyga, cuando fuere el caso, los descuentos con cargo a los giros que deban realizarse a su nombre. Igualmente, las entidades territoriales podrán adelantar las acciones legales correspondientes tendientes a la recuperación de la diferencia. La Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las EPS la información sobre el cumplimiento de lo previsto en el presente Parágrafo.

Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades penales, fiscales, administrativas y disciplinarias que pudieren derivarse a cargo de la entidad territorial.

(Art. 3 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.2.4.3 ***Reporte de información de giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud, informarán a las entidades territoriales o al mecanismo financiero de que tratan los artículos 2.6.1.2.2, 2.6.1.2.5, y 2.6.1.2.7 del presente decreto, según corresponda, el monto de los recursos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo con lo establecido en el literal b) del artículo 2.3.2.4.2, independientemente de la fecha de causación de las obligaciones de las EPS respecto de las IPS.

(Art. 4 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.2.4.4 ***Valores del aseguramiento no reconocidos por las entidades territoriales.*** Los valores no reconocidos por los contratos de aseguramiento que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado reclamen a las entidades territoriales y que no sean reconocidos por estas, deberán ser reportados por las EPS, tanto al Ministerio de Salud y Protección Social para su cuantificación total, como a la Superintendencia Nacional de Salud.

Recibida dicha información, la Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las entidades territoriales informar las razones que motivaron el no reconocimiento de esos valores y las circunstancias para no liquidar los contratos de aseguramiento dentro del término previsto en la normatividad vigente. Esta información deberá ser reportada en el formato y términos que para el efecto defina dicha Entidad.

(Art. 5 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.2.4.5 ***Saneamiento contable.*** Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad, de lo cual informarán a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 6 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.2.4.6 ***No reporte e inconsistencias en la información.*** De conformidad con lo establecido en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011, el incumplimiento en el reporte de información que soporta el procedimiento a que hace referencia este Capítulo y/o la evidencia de inconsistencias en la misma, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las investigaciones a que haya lugar, quien de considerarlo pertinente, dará traslado a la Fiscalía General de la Nación y a los organismos de control, para lo de su competencia.

(Art. 7 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.2.4.7 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** Las entidades territoriales que dejaron de reportar la información de las deudas de contratos de régimen subsidiado hasta marzo de 2011 reconocidas y no pagadas con recursos de cuentas maestras o que habiendo reportado al Ministerio de Salud y Protección Social evidenciaron diferencias en los valores reportados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o que aclararon, reconocieron y conciliaron deudas con Entidades Promotoras de Salud (EPS) con posterioridad al 23 de mayo de 2012, deberán adelantar el procedimiento de que trata el presente Capítulo.

(Art. 1 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.8 ***Deudas no reportadas.*** Las entidades territoriales que dejaron de reportar la información de la deudas reconocidas no pagadas con recursos de cuentas maestras de que trata el literal b) del artículo 2.3.2.4.2, deberán reportarlas dentro de los treinta (30) días siguientes al 14 de enero de 2015, en la estructura de reporte que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este reporte solo podrá surtirse respecto de las deudas reconocidas en los términos de los artículos 2.3.2.4.1 a 2.3.2.4.6 del presente decreto y que por razones administrativas no se hayan informado a través de los mecanismos definidos para tal fin.

(Art. 2 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.9 ***Actualización de deudas reportadas y no pagadas.*** Las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que reportaron información en el marco de lo dispuesto en el literal b) del artículo 2.3.2.4.2, informarán los ajustes respecto de la identificación de las deudas reportadas no pagadas con recursos de cuenta maestra y deberán reportarlas dentro de los treinta (30) días siguientes al 14 de enero de 2015, en la estructura de reporte que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Este reporte solo podrá surtirse respecto a las deudas reconocidas en los términos definidos en los artículos 2.3.2.4.1 a 2.3.2.4.6 del presente decreto y que hayan presentado diferencias en las vigencias contractuales al momento del reporte al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.10 ***Valores adicionales y fuentes para el pago.*** En el evento en que aplicado el procedimiento establecido en el Parágrafo 1 del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 resulte del menor valor reconocido una diferencia por pagar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en el marco de los artículos 2.3.2.4.1 a 2.3.2.4.6 del presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en conocimiento de las partes involucradas dicha diferencia y realizará una propuesta de imputación de fuentes, con el propósito de que la entidad territorial defina con cuáles financiará la deuda.

Podrán usarse para el pago de las deudas a que refiere el presente artículo, los excedentes de recursos de que trata el artículo 2.7.9.1.1.3 del Decreto Único 1068

de 2015, reglamentario del Sector Hacienda; previo a ello, deberán adelantarse los trámites de solicitud de recursos de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro de los seis (6) meses siguientes al 14 de enero de 2015. En caso de no utilizar dicha fuente, se iniciará la aplicación de las fuentes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de lo dispuesto en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.

En caso de que la entidad territorial defina como fuente de financiación de dicha diferencia, los recursos de que trata el artículo 5º de la Ley 1608 de 2013, deberá tomar como referencia los techos máximos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo podrá usarse para el saneamiento a que hace referencia el presente Capítulo, las demás fuentes definidas por la ley para el efecto y los excedentes de las rentas territoriales con destinación específica al régimen subsidiado de salud.

Parágrafo 1. En el evento en el que la entidad territorial guarde silencio respecto de las fuentes a afectar, el Ministerio de Salud y Protección Social aplicará lo dispuesto en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y adelantará el procedimiento según la fuente a que refiere el literal b) del artículo 2.3.2.4.2 del presente decreto. Los recursos se girarán al mecanismo único de recaudo y giro de que trata el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, con el objeto de que se proceda al giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, que informen las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Parágrafo 2. Las entidades territoriales tendrán un plazo de diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la información en la página web del Ministerio para ratificar o modificar las fuentes a las que refiere este artículo.

(Art. 4 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.11 ***Asignación del saldo de los recursos previstos por el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013.*** Vencido el término para que la entidad territorial ratifique o modifique las fuentes a las que refiere el artículo anterior del presente Capítulo, para la cancelación de obligaciones provenientes de contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado y de no existir en este término, solicitud para acceder a los recursos a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, por parte de los municipios potenciales beneficiarios, el saldo no asignado se redistribuirá entre los municipios de categorías 4, 5 y 6 que habiendo utilizado esta fuente requieran mayor financiación para el pago de las deudas reconocidas no pagadas, hasta el monto máximo de cofinanciación definido en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013.

La distribución se realizará con base en los criterios definidos en el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, con el objeto de que las entidades territoriales soliciten la asignación de recursos e identifiquen las fuentes de recaudo nacional con las cuales aumentarán la financiación del esfuerzo propio de que trata el mencionado artículo.

El descuento de los recursos del Sistema General de Participaciones - Propósito General de Libre inversión que permita a los municipios la restitución de los recursos

del Fosyga, se realizará a partir del año subsiguiente al que se apruebe la asignación.

(Art. 5 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.12 ***Concurrencia de recursos propios de la entidad territorial para el pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud.*** Las entidades territoriales podrán destinar recursos propios para el pago de las deudas reconocidas en virtud del procedimiento definido en los artículos 2.3.2.4.1 a 2.3.2.4.6 del presente decreto y este Capítulo, para lo cual deberán enviar los paz y salvo de pago de las entidades acreedoras y la certificación del ordenador del gasto de la respectiva entidad territorial sobre la realización de los pagos. Recibidos estos documentos, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar la información de afectación de fuentes de Sistema General de Participaciones, Regalías, FAEP o Fonpet que se hayan determinado para el pago de la deuda.

(Art. 6 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.13 ***Reporte de información de giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) informarán a las entidades territoriales o al Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, el monto de los recursos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), independientemente de la fecha de causación de las obligaciones de las EPS respecto de las IPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social informará periódicamente a través de su página web, las fuentes que se tengan disponibles para girar los recursos en nombre de las entidades territoriales.

(Art. 7 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.14 ***Pago de los valores no reconocidos por las entidades territoriales.*** En el evento en que los valores no reconocidos por las entidades territoriales y reclamados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en virtud del artículo 2.3.2.4.4 se hayan aclarado, reconocido y conciliado por la entidad territorial con posterioridad a la vigencia del mencionado decreto, podrán ser pagadas con los recursos de las cuentas maestras del régimen subsidiado. En el evento en que el municipio y/o distrito no cuente con recursos en su cuenta, podrán ser reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social como deudas reconocidas y no pagadas. Para el pago de estas deudas concurrirán los recursos a que hace referencia la Ley 1450 de 2011, los artículos 2.7.9.1.1.3 a 2.7.9.1.1.6 del Decreto Único 1068 de 2015, reglamentario del Sector Hacienda, y los del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, siempre que los municipios tengan las condiciones para acceder a estos últimos, así como los recursos propios que puedan destinar las entidades territoriales.

Todos los recursos se girarán directamente a los prestadores de servicios de salud.

(Art. 8 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.15 ***Reporte de pago de deudas con recursos de cuenta maestra.*** Las entidades territoriales del orden municipal o distrital reportarán al departamento correspondiente, dentro de los quince (15) días siguientes al 14 de enero de 2015, las deudas reconocidas y pagadas con recursos de cuentas maestras en el marco de los artículos 2.3.2.4.1 a 2.3.2.4.6 del presente decreto.

El departamento, consolidará y remitirá el reporte dentro de los diez (10) hábiles siguientes al vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior, al Ministerio de Salud y Protección Social.

Las EPS del Régimen Subsidiado, reportarán dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al 14 de enero de 2015, al Ministerio de Salud y Protección Social las deudas reconocidas y pagadas con recursos de cuenta maestra.

(Art. 9 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.16 ***Saneamiento contable.*** Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad, de lo cual informarán a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 10 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.17 ***No reporte e inconsistencias en la información.*** En el evento de detectarse incumplimiento en el reporte o inconsistencias en la información, se procederá conforme a lo previsto en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 2.3.2.4.6 del presente decreto.

(Art. 11 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.2.4.18 ***Adopción de formatos.*** Para la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, el Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá los formatos e instrucciones de reporte de información en un término no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del 14 de enero de 2015.

(Art. 12 del Decreto 58 de 2015)

Capítulo 5
Destinación, uso y vigilancia de las rentas obtenidas en ejercicio del monopolio de licores

Artículo 2.3.2.5.1 ***Destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores.*** La destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores exige su aplicación por lo menos en el 51% a la financiación de los servicios de salud y educación.

Teniendo en cuenta que la celebración y ejecución de acuerdos de reestructuración de pasivos constituye un proyecto regional de inversión prioritario, de conformidad con lo previsto en el artículo 58 de la Ley 550 de 1999, los departamentos que hayan suscrito acuerdos de esta naturaleza, darán cumplimiento a lo previsto en el presente Capítulo sin desconocer los pasivos propios del acuerdo de reestructuración durante la vigencia del mismo.

No obstante, deberán destinar a la financiación de los servicios de salud y educación, los recursos que no deben aplicar al cumplimiento de los pasivos propios del acuerdo hasta alcanzar el porcentaje previsto en este Capítulo.

Idéntica consideración aplica a los departamentos que hayan suscrito convenios de desempeño con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en virtud de la Ley 358 de 1997 y que en observancia de dichos convenios estén obligados a cancelar determinados pasivos.

(Art. 1 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.2.5.2 ***Utilización en salud de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores.*** Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de salud además de lo dispuesto en la Constitución y la ley podrán ejecutarse en los siguientes conceptos de gasto:

a. Subsidios a la demanda;

b. Prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda;

c. Implementación y aplicación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC;

d. Implementación y aplicación de programas de mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población infantil y del adulto mayor.

e. Saneamiento ambiental, saneamiento básico y agua potable;

f. Pasivo pensional y prestacional del sector salud, incluyendo los convenios de concurrencia suscritos entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los departamentos y las entidades hospitalarias.

g. Gastos relacionados con los convenios de desempeño en el programa de rediseño, organización y modernización de la red pública hospitalaria.

h. Inversión en programas de Vivienda de Interés Social en las áreas priorizadas en el Plan de Desarrollo, siempre y cuando el departamento haya alcanzado cobertura universal en seguridad social en salud en el Régimen Subsidiado para la población de los niveles I y II del Sisbén y una cobertura superior al 90% de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo en este porcentaje a los afiliados al Régimen Contributivo, además, deben acreditar el cumplimiento de los indicadores de Salud Pública Colectiva en un porcentaje que

supere el promedio nacional, conforme con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, el cual certificará el cumplimiento de las condiciones aquí establecidas

(Art. 2 del Decreto 4692 de 2005, literal h) adicionado por el art. 1 del Decreto 4665 de 2006)

Artículo 2.3.2.5.3 ***Utilización en educación de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores.*** Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de educación además de lo dispuesto en la Constitución y la ley podrán ejecutarse en los siguientes conceptos de gasto:

a) Adquisición de lotes para establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;

b) Construcción, adecuación y mantenimiento de la infraestructura física de establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;

c) Dotación de establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;

d) Contratación de la prestación del servicio educativo en los términos establecidos en el inciso 3 del artículo 27 de la Ley 715 de 2001;

e) Gastos de funcionamiento, excluidos los gastos de personal, de los establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;

f) Cofinanciación de proyectos de inversión en educación preescolar, básica y media;

g) Transporte escolar;

h) Alimentación escolar;

i) Cofinanciación de la evaluación de logros en los términos del artículo 6°, numeral 6.2.14 de la Ley 715 de 2001;

j) Ascensos en el escalafón docente;

k) Deudas laborales con el personal del sector educativo de preescolar, básica y media;

l) Pasivo pensional y prestacional del sector de educación preescolar, básica y media;

m) Proyectos de inversión en recreación, deporte, cultura, ciencia o tecnología, siempre y cuando estén articulados con el sector de educación preescolar, básica, media, técnica o universitaria y beneficien directamente a la población estudiantil;

n) Atención educativa para poblaciones vulnerables;

o) Proyectos de inversión en educación superior.

(Art. 3 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.2.5.4 ***Utilización de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores.*** Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de salud y educación, podrán ejecutarse en los conceptos de gasto relacionados en los artículos 2.3.2.5.2 y 2.3.2.5.3 del presente decreto, siempre y cuando estén incluidos dentro de los planes departamentales de desarrollo o la política sectorial a cargo de los ministerios.

Lo anterior, de acuerdo con los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad en el ejercicio de las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales, privilegiando los gastos relacionados con subsidios a la demanda y prestación de servicios a la población pobre no cubierta con estos.

(Art. 4 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.2.5.5 ***Utilización de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores una vez cubiertas las necesidades en salud y educación.*** Aquellos departamentos cuyas necesidades en salud y educación estén cubiertas en su totalidad, de acuerdo con la información que suministre para el efecto el Departamento Nacional de Planeación, DNP, podrán destinar rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores a atender otras áreas de necesidades básicas insatisfechas.

(Art. 5 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.2.5.6 ***Vigilancia de la destinación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores.*** El Gobernador o su delegado, deberá informar al Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Descentralización y a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto del departamento, los montos incorporados en aquél, con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminando por cada rubro específico de gasto, la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio, al igual que los demás recursos que se destinan a salud y educación.

Igualmente, deberán informar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de la respectiva vigencia fiscal, los montos efectivamente ejecutados por dicho concepto discriminados en los términos del inciso anterior.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud exigirá la suscripción de planes de desempeño por parte de los departamentos para garantizar en la vigencia fiscal de 2006, la efectiva destinación de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores de conformidad con el presente Capítulo. Lo anterior sin perjuicio de las acciones que en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control le corresponde adelantar.

(Art. 6 del Decreto 4692 de 2005)

PARTE 4
ATENCIÓN A POBLACIÓN NO ASEGURADA

Artículo 2.4.1 ***Distribución del Sistema General de Participaciones para Salud y Educación.*** Con el propósito de mejorar la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos del SGP para salud y educación mediante la disponibilidad y verificación de la información necesaria, el Departamento Nacional de Planeación, DNP, podrá realizar distribuciones parciales de estos recursos durante la vigencia fiscal atendiendo los criterios de la Ley 715 de 2001.

La distribución definitiva se efectuará previa evaluación y verificación de la información por parte de las entidades responsables de su certificación.

Estas distribuciones serán aprobadas por el Conpes para la Política Social y los giros mensuales correspondientes se programarán y ajustarán con base en dichas distribuciones.

(Art. 1 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.4.2 ***Distribución del componente de prestación de servicios.*** Para la distribución del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud, una vez determinado el per cápita promedio departamental y distrital por dicha fuente, la distribución de los recursos por municipio se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001. Para el efecto, la población pobre no asegurada será aquella definida como tal por el Conpes Social.

(Art. 3 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.4.3 ***Determinación de la población pobre.*** La población pobre por atender de cada distrito, municipio o corregimiento departamental será determinada con base en la metodología que defina el Conpes Social y la información de las bases de datos del Sisbén y de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social y el DNP deberán intercambiar la información de las bases de datos y realizar los cruces de información necesarios a más tardar el 31 de octubre de cada año. Para el caso de las distribuciones definitivas esto deberá realizarse con anterioridad al plazo definido para tal fin por el Conpes Social.

Parágrafo. Si al efectuar la distribución definitiva del Sistema General de Participaciones para Salud, existen municipios que no hayan suministrado al DNP la información correspondiente al Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, la población no asegurada, para efectos del cálculo del valor per cápita promedio departamental y distrital y para la distribución municipal del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será determinada, para estos municipios, de

acuerdo con el menor valor de la tipología a que correspondan, la cual será definida por el Conpes Social.

(Art. 4 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.4.4 ***Aplicación del factor de ajuste.*** La aplicación del factor de ajuste a que hace referencia el inciso 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001, ponderará los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, considerando tanto el nivel de complejidad como los de garantizar su prestación.

(Art. 1 del Decreto 1061 de 2006)

Artículo 2.4.5 ***Objeto.*** La presente Parte tiene por objeto fijar el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, en el componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

(Art. 1 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.6 ***Definiciones.*** Para efectos la presente Parte, adóptense las siguientes definiciones:

1. **Factor de dispersión poblacional.** Es el factor que determinará anualmente el Conpes Social, con base en el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito o municipio, entre la población urbana y rural del mismo. El ajuste se hará a favor de los municipios cuyo indicador esté por encima del promedio nacional.

Al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el mayor factor de dispersión que corresponda a las entidades cuya dispersión esté por encima del promedio nacional.

2. **Factor no POS.** En virtud de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se entenderán como servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial, y que en todo caso no estén considerados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 como prestaciones no financiadas por el sistema, por la población afiliada al Régimen Subsidiado. El factor no POS será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de conformidad con lo señalado en el inciso 6 del artículo 66 de la Ley 715 de 2001.

3. **Población de áreas no municipalizadas.** Corresponde a la población ubicada en las áreas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, que no hacen parte de ningún municipio. Dicha población hará parte del cálculo de los recursos de que trata la presente Parte y dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente.

4. **Población pobre no asegurada (PPNA).** Es aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado.

La población pobre no asegurada para los efectos de los cálculos de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación la población pobre no asegurada en los términos y condiciones previstos en las normas vigentes, e igualmente, comunicará la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población.

(Art. 2 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.7 ***Recursos del Sistema General de Participaciones para la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.*** De conformidad con lo previsto en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, en su numeral 1, los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud destinados a la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, corresponderán al resultado de descontar de los recursos destinados para salud, los requeridos para la financiación del Régimen Subsidiado y cuya participación incrementará hasta máximo el ochenta por ciento (80%) en el año 2015, de acuerdo con el plan de transformación, y los destinados para financiar las acciones de salud pública, que corresponderán al diez por ciento (10%).

(Art. 3 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.8 ***Procedimiento para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.*** Para el efecto, se determinará en primera instancia la proporción de los recursos que se destinará a cada uno de los subcomponentes de que trata el siguiente artículo y en segundo término, se realizará la distribución y asignación territorial de cada uno de los subcomponentes mencionados, cuando aplique.

(Art. 4 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.9 ***Procedimiento para el cálculo de los subcomponentes.***

1. Subcomponente 1. Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). El Ministerio de Salud y Protección Social certificará anualmente al Departamento Nacional de Planeación, el monto destinado a la financiación del Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), conforme a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.

Para la vigencia 2013, el porcentaje que se destinará a la financiación del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet), corresponderá al seis por ciento (6%).

2. Subcomponente 2. Compensación. Con el fin de evitar una afectación en la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se podrá destinar hasta un diez por ciento (10%) de los recursos a distribuir, para compensar las reducciones en los recursos asignados a cada entidad territorial frente a la vigencia anterior, según corresponda. El Conpes Social determinará el porcentaje destinado a la compensación.

Con el fin de facilitar la operatividad, el acceso y la atención en salud a la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el Conpes Social determinará un monto que se destinará para realizar una compensación de los recursos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud en estos territorios, el cual se distribuirá de conformidad con los criterios que dicho Conpes defina.

3. Subcomponente 3. Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. El monto de este subcomponente es el resultado de descontar los montos de los numerales 1 y 2 del presente artículo del componente de prestación de servicios. Este subcomponente se distribuirá en dos bolsas: una para la población pobre no asegurada y otra para los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

(Art. 5 del Decreto 196 de 2013, numeral 2 modificado por el artículo 1 del Decreto 158 de 2014)

Artículo 2.4.10 ***Distribución y asignación territorial de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada.*** El monto de recursos para distribuir entre las entidades territoriales por este concepto, será el resultado de multiplicar los recursos disponibles, determinados de conformidad con lo previsto en el numeral 3 del artículo 2.4.9 del presente decreto, por el factor resultante de dividir la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional entre el total nacional de esta población, ajustada por el factor de dispersión poblacional más la totalidad de los afiliados al Régimen Subsidiado, ajustados por el factor no POS-S, así:

Recursos PPNA =
(Recursos SGP PS – FONSAET – Compensación) *
[(PPNA * dispersión poblacional)/
((PPNA * dispersión poblacional) + (afiliados régimen subsidiado * factor no POS-S))]

La distribución territorial de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, se realizará por municipio, distrito y área no municipalizada, teniendo en cuenta la participación de la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional de cada entidad

territorial, frente al total nacional de la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional.

La asignación entre departamentos, municipios y distritos se hará con base en el porcentaje que para el efecto defina anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual deberá considerar tanto el nivel de complejidad de los servicios que deben ser financiados, así como los responsables de garantizar su prestación.

La asignación para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada de los municipios certificados, será girada directamente a Estos por la Nación. Para los demás municipios, el respectivo departamento será el responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes.

Parágrafo transitorio. Para efectos de la asignación a que refiere el inciso tercero del presente artículo, en la vigencia 2013 se utilizarán los valores 59% y 41% para el departamento y municipio respectivamente, conforme a la asignación de las vigencias anteriores.

(Art. 6 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.11 ***Distribución y asignación de los recursos para los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.*** Los recursos a distribuir por este concepto entre las entidades territoriales, serán los resultantes de descontar los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada previstos en el artículo 2.4.10 del presente decreto, de aquellos destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda definidos en el numeral 3 del artículo 2.4.9 de este decreto.

La distribución y asignación de los recursos para la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, se realizará por distrito y departamento, teniendo en cuenta la participación de la población afiliada al Régimen Subsidiado ajustada por el factor no POS-S de cada entidad territorial, frente al total nacional de dicha población.

(Art. 7 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.12 ***Aportes patronales.*** De los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, forman parte los recursos girados sin situación de fondos por concepto de aportes patronales.

Si la totalidad de los recursos asignados a cada entidad territorial, a que refiere el artículo 2.4.10 del presente decreto, es menor que el valor de los aportes patronales, se reconocerá dentro de esta asignación el valor del aporte patronal. No obstante, si los aportes patronales son menores, se asignará el valor calculado. En todo caso, la asignación entre departamentos, municipios y distritos de que trata el artículo 2.4.10 del presente decreto, se hará sobre los recursos que excedan los aportes patronales. Los aportes patronales para efectos de la distribución no podrán crecer por encima de la inflación causada en el respectivo período. Estos recursos se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos.

De acuerdo con el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, durante las vigencias en que los aportes patronales se consideren subsidio a la oferta, no habrá lugar a exigencia de reconocimiento de servicios contra dichos recursos. Las entidades territoriales monitorearán la ejecución de estos recursos y exigirán como mínimo de las Empresas Sociales del Estado, el cumplimiento de metas de producción de servicios y gestión financiera de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. Cuando por efecto de la reducción de los costos laborales se reduzcan los requerimientos de recursos para los aportes patronales, los excedentes se destinarán a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada o a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, en la respectiva entidad territorial.

Parágrafo 2. Cuando en la asignación de aportes patronales a las entidades territoriales se evidencie que se asignó un mayor valor por errores de estimación u otros no justificados, este mayor valor se redistribuirá por el Conpes Social a las demás entidades territoriales, de acuerdo con lo definido en el artículo 2.4.11 del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.13 ***Distribución de los recursos de compensación.*** Los recursos de la compensación previstos en el inciso primero del numeral 2 del artículo 2.4.9 del presente decreto, se distribuirán entre los municipios, distritos y departamentos que tengan actualizada la última base certificada nacional del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – Sisbén y que hayan obtenido en la vigencia para la cual se realiza la asignación, un monto inferior al asignado en la vigencia inmediatamente anterior.

La compensación se distribuirá y asignará de manera proporcional, aplicando al monto a ser compensado, la sumatoria de las disminuciones en los recursos, que se presenten en las entidades territoriales.

Para el efecto, las variaciones se calcularán sobre las asignaciones resultantes de la aplicación de los criterios de distribución de la vigencia anterior a la cual se realiza la asignación.

(Art. 9 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.14 ***Utilización de recursos del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet).*** Los recursos del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet), serán utilizados para los fines dispuestos en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, de conformidad con las normas del Estatuto Orgánico de Presupuesto.

(Art. 10 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.15 ***Presentación de Planes Financieros de Salud.*** Los departamentos y distritos elaborarán y presentarán los planes financieros de que tratan las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011, en los términos y con la metodología

que definan el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos planes deberán involucrar la totalidad de los recursos sectoriales, la progresiva ampliación de la cobertura de aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo los aportes patronales y los recursos propios o de rentas cedidas destinados a: subsidiar la oferta, la demanda a través del aseguramiento, el reconocimiento de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado y la salud pública.

(Art. 11 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.16 ***Coordinación de acciones.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales articularán las acciones tendientes al logro de la cobertura universal en el Régimen Subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, conforme con sus responsabilidades, fuentes de financiación y competencias.

Parágrafo. Las entidades territoriales reportarán con base en la metodología, términos y criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la información requerida, relacionada con la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la ejecución de recursos destinados al subsidio de oferta.

(Art. 12 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.17 ***Objeto***. Los siguientes artículos tienen por objeto determinar el uso de los recursos establecidos en los artículos 6 y 8 de la Ley 1393 de 2010, recaudados a partir de la fecha de entrada en vigencia de dicha ley, y hasta el 31 de diciembre de 2010, y de los saldos de liquidación resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011.

(Art. 1 del Decreto 1124 de 2011)

Artículo 2.4.18 ***Utilización de los recursos destinados para la salud en los artículos 6 y 8 de la Ley 1393 de 2010***. Los recursos recaudados por los departamentos y distritos en virtud de los artículos 6 y 8 de la Ley 1393 de 2010 a partir de la fecha de su vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2010, serán utilizados por las entidades territoriales para la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, incluyendo la atención a la población pobre no asegurada.

(Art. 2 del Decreto 1124 de 2011)

Artículo 2.4.19 ***Utilización de saldos de liquidación de los contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado.*** Los saldos a favor de las entidades territoriales, resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011, serán girados por los municipios al departamento al que pertenece. Estos recursos serán utilizados por los

departamentos y distritos, de acuerdo con su competencia, para la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

(Art. 3 del Decreto 1124 de 2011)

Artículo 2.4.20 ***Cuotas de Recuperación.*** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación;

2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel dos del SISBEN pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;

3. Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento;

4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo;

5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.

(Art. 18 del Decreto 2357 de 1995)

Artículo 2.4.21 ***Cuotas de recuperación de población en situación de desplazamiento.*** A la población en situación de desplazamiento no le aplicará el cobro de cuotas de recuperación.

(Art. 3 del Decreto 4877 de 2007)

PARTE 5
REGLAS PARA ASEGURADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

TÍTULO 1
SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Capítulo 1
Disposiciones Generales

Artículo 2.5.1.1.1 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones del presente Título se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este Título, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

Parágrafo. Salvo los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

(Art. 1 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.1.2 ***Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para IPS indígenas.*** Las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas, IPS Indígenas, cumplirán con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social lo ajustará a los usos, costumbres, y al modelo de atención especial indígena, en los servicios que lo requieran, para lo cual adelantará el proceso de concertación con las autoridades indígenas.

(Art. 2 del Decreto 4972 de 2007)

Artículo 2.5.1.1.3 ***Definiciones.*** Para efectos de la aplicación del presente Capítulo se establecen las siguientes definiciones:

1. Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

3. Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

4. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

5. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

6. Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Capítulo se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

7. Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

9. Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto

administrativo por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

(Art. 2 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 2
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS

Artículo 2.5.1.2.1 ***Características del SOGCS.*** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

(Art. 3 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.2.2 *Componentes del SOGCS.* Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.

2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

3. El Sistema Único de Acreditación.

4. El Sistema de Información para la Calidad.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 4 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.2.3 ***Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.*** Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Capítulo velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente Título y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios

de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parágrafo. Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

(Art. 5 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.2.4 ***Actualización de los estándares del SOGCS.*** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

(Art. 56 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 3
Normas Sobre Habilitación

Sección 1. Sistema Único de Habilitación

Artículo 2.5.1.3.1.1 ***Sistema Único de Habilitación.*** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

(Art. 6 del Decreto 1011 de 2006)

Sección 2. Habilitación de prestadores de servicio de salud

Artículo 2.5.1.3.2.1 ***Condiciones de capacidad tecnológica y científica.*** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

(Art. 7 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.2 ***Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.*** Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

(Art. 8 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.3 ***Condiciones de capacidad técnico-administrativa.*** Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

(Art. 9 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.4 ***Registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 10 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.5 ***Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud***. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de

Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente Título. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las características del formulario.

(Art. 11 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.6 ***Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.*** De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo anterior del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurran diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

(Art. 12 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.7 ***Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 2.5.1.3.2.5 de la presente Sección y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.1.3.2.13 de la presente Sección.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

Parágrafo 1. Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un solo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

Parágrafo 2. El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 13 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.8 ***Término de vigencia de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.*** La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

(Art. 14 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.9 ***Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

(Art. 15 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.10 ***Reporte de novedades.*** Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio

de Salud y Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de Novedades", a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

Parágrafo. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

(Art. 16 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.11 ***Administración del registro especial de prestadores de servicios de salud.*** De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente Título y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 17 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.12 ***Consolidación del registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente Título.

(Art. 18 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.13 ***Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.*** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución

Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 2.5.1.3.2.2 y 2.5.1.3.2.3 de la presente Sección.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.5.1.3.2.15 de la presente Sección.

(Art. 19 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.14 ***Equipos de verificación.*** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

(Art. 20 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.15 ***Plan de visitas.*** Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

Parágrafo. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo anterior y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

(Art. 21 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.16 ***Planes de cumplimiento.*** Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

(Art. 22 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.17 ***Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación.*** La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

Parágrafo. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

(Art. 23 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.18 ***Revocatoria de la habilitación.*** La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

(Art. 24 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.19 ***Información a los usuarios.*** Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

(Art. 25 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.20 ***Responsabilidades para contratar.*** Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

(Art. 26 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 4

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Artículo 2.5.1.4.1 ***Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.*** Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Parágrafo. Para todos los efectos de este Título debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

(Art. 32 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.2 ***Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.*** En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

(Art. 33 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.3 ***Tipos de acciones.*** El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

(Art. 34 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.4 ***Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.*** El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y

los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Parágrafo. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 35 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.5 ***Procesos de auditoría en las EAPB.*** Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 2.5.1.2.1 de este Título.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

(Art. 36 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.6 ***Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.*** Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 2.5.1.2.1 del presente Título.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

(Art. 37 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.7 ***Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud.*** Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 2.5.1.2.1 del presente Título.

(Art. 38 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.8 ***Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.*** Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

(Art. 39 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.9 ***Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría.*** La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

(Art. 40 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 5
Sistema de información para la calidad

Artículo 2.5.1.5.1 ***Sistema de Información para la Calidad.*** El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

(Art. 45 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.5.2 ***Objetivos del Sistema de Información para la Calidad.*** Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

(Art. 46 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.5.3 ***Principios del Sistema de Información para la Calidad. Son principios del Sistema de Información para la Calidad***, los siguientes:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

(Art. 47 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.5.4 ***Datos para el SOGCS.*** Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente Título.

(Art. 48 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 6
Sistema Único de Acreditación

Artículo 2.5.1.6.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

(Art. 1 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.2 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones contenidas en este Capítulo se aplicarán a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación aquí previsto.

(Art. 2 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.3 ***Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*** En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se entiende que las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud alcanzan el nivel superior de calidad con la certificación en la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003.

(Art. 3 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.4 ***Principios.*** El Sistema Único de Acreditación en Salud se orientará por los siguientes principios:

1. Gradualidad. El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

2. Manejo de información. La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.

3. Integralidad: La acreditación solo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.

(Art. 4 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.5 ***Sistema Único de Acreditación en Salud.*** Entiéndase como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2.5.1.6.2 del presente Capítulo, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el presente Capítulo, así como por la reglamentación que para su desarrollo e implementación expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Las entidades a que se refiere el artículo 2.5.1.6.2 del presente Capítulo, deberán contar con la certificación que expida la entidad competente, del cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios que les aplican, como condición para acceder a la acreditación.

(Art. 5 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.6 ***Entidades acreditadoras y requisitos.*** El Sistema Único de Acreditación en Salud solo podrá ser operado por entidades nacionales que cumplan los siguientes requisitos:

1. Estar acreditada por la International Society for Quality in Healthcare (Isqua), para lo cual aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.

2. Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismos.

(Art. 6 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.7 ***Trámite de registro.*** Las entidades nacionales que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior y que se encuentren interesadas en actuar como entidades acreditadoras del Sistema Único de

Acreditación en Salud, deberán efectuar, por escrito, manifestación en tal sentido ante el Ministerio de Salud y Protección Social, anexando para el efecto los documentos correspondientes. Cuando del estudio de estos documentos se evidencie el cumplimiento de dichos requisitos, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá, dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo, a inscribir la respectiva entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de que trata el artículo siguiente y a comunicarle tal inscripción, momento desde el cual la entidad entrará a operar como acreditadora del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Si del estudio de los documentos presentados por el solicitante se evidencia incumplimiento de los requisitos a que se refiere el artículo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social no procederá a la inscripción en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de lo cual informará al interesado.

(Art. 7 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.8 ***Registro Especial de Acreditadores en Salud.*** El Registro Especial de Acreditadores en Salud es la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social en la que, previa verificación por parte de este del cumplimiento de los requisitos a que refiere el artículo 2.5.1.6.6 del presente Capítulo, se registran las entidades que pueden operar el Sistema Único de Acreditación en Salud.

(Art. 8 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.9 ***Rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud.*** La rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, quien para el efecto, deberá:

1. Adoptar las estrategias necesarias para el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

2. Definir y adoptar los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

3. Conformar un sistema de referenciación competitiva para promover las experiencias exitosas de las entidades que en el marco de lo dispuesto en el presente Capítulo, se acrediten.

4. Establecer los incentivos a otorgar a las entidades que obtengan la acreditación.

5. Efectuar recomendaciones a las entidades acreditadoras, previo al otorgamiento de la acreditación.

6. Adelantar las demás actuaciones que se requieran para la operatividad y funcionamiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Parágrafo. Para efectos de lo dispuesto en el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá apoyarse en una instancia técnica con la participación de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud, conformada por el Ministro de Salud y Protección Social.

(Art. 9 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.10 ***Ciclo de la Acreditación en Salud.*** El ciclo de la acreditación en salud contempla los siguientes procesos: (i) la selección por parte de las entidades a que refiere el artículo 2.5.1.6.2 del presente Capítulo de la entidad acreditadora, la cual deberá escogerse de aquellas que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud; (ii) la autoevaluación por parte de la entidad interesada en acreditarse, de los estándares de acreditación que correspondan; (iii) la gestión de planes de mejoramiento continuo, por parte de la entidad interesada en acreditarse, para alcanzar el cumplimiento gradual de los citados estándares; (iv) la evaluación externa confidencial de su cumplimiento por la entidad acreditadora seleccionada; (v) el otorgamiento de la acreditación por parte de la entidad acreditadora, quien para el efecto conformará una máxima instancia, de acuerdo con los requisitos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social; (vi) los seguimientos posteriores a la acreditación que debe adelantar la entidad acreditadora y (vii) la resolución de las reclamaciones que se presenten.

Parágrafo. Las entidades a las que se refiere el artículo 2.5.1.6.2 del presente Capítulo, en su preparación para la acreditación, podrán adelantar procesos de asesoría externa, con el fin de identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora frente a la obtención de la acreditación.

(Art. 10 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.11 ***Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los manuales de acreditación, los cuales serán de uso libre por parte de las entidades que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud, de que trata el artículo 2.5.1.6.8 de este Capítulo. Las entidades a que se refiere el artículo 2.5.1.6.2 del presente Capítulo los podrán utilizar en el marco del proceso de acreditación aquí previsto.

En caso de que la entidad acreditadora cuente con sus propios manuales de estándares de acreditación y estos se encuentren acreditados por la International Society for Quality in Healthcare (Isquai) solo podrán utilizarlos previa revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para identificar aquellos estándares inaplicables en Colombia.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

(Art. 11 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.6.12 ***Disposiciones transitorias.*** El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) deberá culminar los procesos de acreditación en curso relacionados con el ciclo de acreditación de las entidades acreditadas, las acreditadas condicionadas, las que interpusieron alguna reclamación y las que se postularon formalmente al proceso de evaluación externa con anterioridad al 13 de mayo de 2014, hasta finalizar las obligaciones

contractuales adquiridas con dichas entidades, en los términos y condiciones definidos en las normas vigentes bajo las cuales se pactaron tales obligaciones.

Parágrafo. El inicio de un nuevo ciclo de acreditación se regirá por lo establecido en el presente Capítulo y en la regulación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las instituciones que hayan sido acreditadas con anterioridad a la entrada en vigencia del presente Capítulo, mantendrán su acreditación por el plazo y condiciones bajo las cuales le fue otorgada.

(Art. 12 del Decreto 903 de 2014)

Capítulo 7
Inspección, Vigilancia Y Control

Artículo 2.5.1.7.1 ***Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación.*** La inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 2.5.1.3.2.15 del presente Título, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

(Art. 49 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.7.2 ***Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.*** Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

(Art. 50 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.7.3 ***Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación.*** Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y

control del Sistema único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

(Art. 51 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.7.4 ***Sistema de Información para la Calidad.*** Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

(Art. 52 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.7.5 ***Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad.*** El incumplimiento de lo establecido en el presente Título podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Título y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

(Art. 53 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.7.6 ***Sanciones.*** Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 54 del Decreto 1011 de 2006)

TÍTULO 2
ASEGURADORES

Capítulo 1
Normas generales sobre operación y funcionamiento de EPS

Sección 1. Obligaciones y restricciones generales de las EPS

Artículo 2.5.2.1.1.1 ***Ámbito de aplicación.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular el régimen de organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que se autoricen como tales en el sistema de seguridad social en salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y su área geográfica de operación dentro del territorio nacional.

Cada una de las distintas categorías de entidades autorizadas por la Ley para actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán cumplir con las disposiciones

propias de su régimen jurídico, además de las normas contenidas en el presente Capítulo.

(Art. 1 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.2 ***Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

(Art. 2 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.3 ***Obtención de la autorización de funcionamiento.*** Para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la normativa vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley 79 de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Financiera de Colombia para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud; en tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en este Capítulo y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

En relación con las Cajas de Compensación Familiar el Superintendente Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de aquellas Entidades Promotoras de Salud que se creen por efecto de la asociación o convenio entre las cajas o mediante programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por las Cajas de Compensación. El Superintendente del Subsidio Familiar aprobará los aportes que las Cajas de Compensación quieran efectuar con sus recursos para la constitución de una Entidad Promotora de Salud o de las dependencias o programas existentes y otorgará la correspondiente personería jurídica u autorización previa.

La promoción de la creación de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos 140 y 141 del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener la autorización de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas vigentes y estar acompañada de la siguiente documentación:

a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;

b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en los artículos 2.5.2.2.1.5 a 2.5.2.2.1.14 del presente decreto.

c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

e) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente Capítulo.

f) Autorización de la Superintendencia Financiera para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;

g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

5. De la situación excepcional de algunas entidades. Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, se regirán por lo previsto en la normatividad vigente.

Las entidades de medicina prepagada podrán prestar el Plan Obligatorio de Salud o prestar servicios complementarios; para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, dichas entidades deberán cumplir los requisitos establecidos en este Capítulo, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente Capítulo cuando administren recursos del régimen contributivo o intervengan en la organización de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. No obstante cuando tengan por objeto exclusivo la administración del subsidio a la demanda estarán exceptuadas del régimen previsto en el presente Capítulo y estarán sometidas al régimen especial que para el efecto se expida.

(Art. 3 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.4 ***Denominación social de las Entidades Promotoras de Salud.*** A la razón social de las Entidades Promotoras de Salud se agregará la expresión "Entidad Promotora de Salud" de acuerdo con su objeto social.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los requisitos de información mínima que deben ser cumplidos por las entidades que presten servicios adicionales, al efectuar o promover la venta del Plan Obligatorio de Salud.

En todo caso deberá hacerse mención que la entidad está vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 4 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.5 ***Restricciones a las operaciones realizadas entre la entidad promotora de salud y sus subordinadas.*** Las operaciones entre las entidades promotoras de salud de naturaleza comercial y sus subordinadas de conformidad con lo previsto en el Código de Comercio, estarán sujetas a las siguientes restricciones:

1. No podrán tener por objeto la adquisición de activos fijos, maquinaria o equipo, a cualquier título, salvo cuando se trate de operaciones que tiendan a facilitar la liquidación de la subordinada;

2. Las operaciones entre la matriz y la subordinada, deberán considerar las condiciones generales del mercado para evitar prácticas que desmejoren a cualquiera de las partes frente a condiciones normales de mercado, debiendo mantenerse el equilibrio financiero y comercial. Serán calificadas como prácticas no autorizadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las conductas que violen lo previsto en este numeral.

(Art. 12 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.6 ***Régimen general de la libre escogencia.*** El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

1. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto

cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos.

La Entidad Promotora de Salud deberá garantizar al usuario de Planes Complementarios la disponibilidad de prestadores de tales servicios, sin que por ello sea obligatorio ofrecer un número plural de los mismos.

2. Deber de información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente, por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad.

3. Prácticas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

a. Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario, bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;

b. Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;

c. Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

i) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

ii) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

iii) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa;

iv) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y

d. Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como

efecto afectar la libre escogencia del usuario.

4. Incentivos a la permanencia. Las Entidades Promotoras de Salud podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, incentivos a la permanencia de los mismos.

5. Alianzas de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan, de conformidad con la ley, sobre la base de empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la capacidad negociadora, la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados que hagan parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

6. Transparencia. Las Entidades Promotoras de Salud deberán publicar, de conformidad con los parámetros que determine la Superintendencia Nacional de Salud, los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que le permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

(Art. 14 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.7 ***Inexistencia de aseguradoras.*** En los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una entidad autorizada para la administración del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para que administre el régimen contributivo de dicha población en forma excepcional y transitoria mientras se mantiene dicha situación. Los empleadores deberán cotizar a la entidad designada para tal efecto. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará las condiciones de operación para tales casos.

Lo anterior sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las acciones para vincular a las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo en aquellas regiones, en donde les ha sido autorizada cobertura y no exista la oferta respectiva

(Art. 39 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.5.2.1.1.8 ***Obligaciones especiales.*** Son obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio ponderado:

a) No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;

b) No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el Ministerio de Salud y Protección, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue la autorización de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.

3. Mantener actualizada toda la información provisional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.

4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.

(Art. 15 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.9 ***Conflictos de interés y prácticas no autorizadas.*** Las Entidades Promotoras de Salud, sus directores y representantes legales, deberán abstenerse en general de realizar cualquier operación que pueda conducir a prácticas no autorizadas o dar lugar a conflictos de interés entre ellas o sus accionistas, socios, aportantes o administradores, o vinculados, en relación con los recursos que administren y adoptarán las medidas necesarias para evitar que tales conflictos se presenten en la práctica.

Se entiende por conflicto de interés la situación en virtud de la cual una persona en razón de su actividad, se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

(Art. 28 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.10 ***Afiliación de personas exceptuadas del sistema de seguridad social en salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar la prestación de servicios de salud de los trabajadores de aquellas entidades que quedaron expresamente exceptuadas del sistema general de seguridad social en salud, cuando con las entidades allí mencionadas se celebren contratos para el efecto.

(Art. 29 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.11 ***Control y vigilancia de las entidades aseguradoras.*** La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las funciones de control y vigilancia de

las entidades aseguradoras autorizadas como entidades promotoras de salud en relación exclusivamente con el ejercicio de las actividades propias de las entidades promotoras de salud y respecto de los recursos provenientes de aquellas que se reflejan en cuentas separadas. En los demás aspectos, en particular los financieros, dicho control y vigilancia corresponde a la Superintendencia Bancaria.

(Art. 30 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.12 ***Información.*** Las Entidades Promotoras de Salud, deberán establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia dentro de sus competencias respectivas, a efecto de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 31 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.1.13 ***Contratos para la prestación de planes complementarios.*** Los contratos para la prestación de planes complementarios que suscriban las Entidades Promotoras de Salud se sujetarán a las siguientes exigencias, sin perjuicio de las que se prevén para los planes de medicina prepagada.

1. Contenido. Los contratos de afiliación que suscriban las Entidades Promotoras de Salud deberán ajustarse a las siguientes exigencias en cuanto a su contenido:

a) Deben ajustarse a las prescripciones del presente Capítulo y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

b) Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;

c) El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad del mismo;

d) El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes;

e) Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y

f) El contrato deberá establecer de manera clara el régimen de los períodos mínimos de cotización.

2. Aprobación de los planes y contratos. Los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan con estricta sujeción a lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

La aprobación aquí prevista se podrá establecer total o parcialmente mediante régimen de carácter general.

(Art. 17 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Sección 2. Disposiciones sobre promoción de la afiliación

Artículo 2.5.2.1.2.1 ***Promoción de la afiliación.*** Las Entidades Promotoras de Salud podrán utilizar para la promoción de la afiliación a vendedores personas naturales, con o sin relación laboral, a instituciones financieras, a intermediarios de seguros u otras entidades, en los términos previstos en el presente Capítulo y demás disposiciones legales sobre la materia.

Cuando la promoción se realice por conducto de vendedores personas naturales, las Entidades Promotoras de Salud verificarán la idoneidad, honestidad, trayectoria, especialización, profesionalismo y conocimiento adecuado de la labor que desarrollarán.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán promover la afiliación por conducto de instituciones financieras e intermediarios de seguros sometidos a la supervisión permanente de la Superintendencia Financiera de Colombia, bajo su exclusiva e indelegable responsabilidad directa.

Las instituciones financieras y aseguradoras podrán efectuar labores promocionales en su propio beneficio con fundamento en las actividades previstas en el presente artículo, siempre y cuando se sujeten a las disposiciones que regulan la publicidad de las Entidades Promotoras de Salud y a las normas que les sean propias de conformidad con su calidad de entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Los demás intermediarios de seguros que no estén sometidos a la vigilancia permanente de la Superintendencia Financiera de Colombia solo podrán promover la afiliación a la correspondiente Entidad Promotora de Salud bajo la responsabilidad directa de la misma.

Parágrafo. El promotor desarrollará su actividad en beneficio de la Entidad Promotora de Salud con la cual haya celebrado el respectivo convenio, sin perjuicio de que en forma expresa obtenga autorización para desarrollar su actividad en beneficio de otras Entidades Promotoras de Salud.

Todas las actuaciones de los promotores en el ejercicio de su actividad, obligan a la Entidad Promotora de Salud respecto de la cual se hubieren desarrollado, y comprometen por ende su responsabilidad.

(Art. 18 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.2 ***Publicidad.*** Ninguna entidad diferente de aquellas autorizadas para operar como Entidad Promotora de Salud, EPS, podrán realizar publicidad directa o indirecta a través de medios masivos de comunicación, en relación con la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo anterior sin

perjuicio de las campañas institucionales que puedan adelantar las entidades que tengan programas autorizados como entidad promotora de salud, EPS, del régimen contributivo.

(Art. 36 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.5.2.1.2.3 ***Responsabilidad de los promotores.*** Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicio a los intereses de los afiliados, en que incurran los promotores de las Entidades Promotoras de Salud en el desarrollo de su actividad, compromete la responsabilidad de la Entidad Promotora con respecto de la cual adelanten sus labores de promoción o con la cual, con ocasión de su gestión, se hubiere realizado la respectiva vinculación, sin perjuicio de la responsabilidad de los promotores frente a la correspondiente Entidad Promotora de Salud.

(Art. 19 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.4 ***Organización autónoma de los promotores.*** Las instituciones financieras, los intermediarios de seguros y las entidades distintas a unas y otras, con las cuales, en los términos del presente Capítulo, se hubiere celebrado el respectivo convenio de promoción con la Entidad Promotora de Salud, deberán disponer de una organización técnica, contable y administrativa que permita la prestación precisa de las actividades objeto del convenio, respecto de las demás actividades que desarrollan en virtud de su objeto social.

(Art. 20 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.5 ***Identificación frente a terceros.*** Los promotores de las Entidades Promotoras de Salud deberán hacer constar su condición de tales en toda la documentación que utilicen para desarrollar su actividad, e igualmente harán constar la denominación de la Entidad Promotora de Salud para la cual realicen su labor de promoción.

(Art. 21 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.6 ***Registro de promotores.*** Las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud una relación de los convenios que hubieren celebrado con personas naturales, instituciones financieras, intermediarios de seguros o con otras entidades, según lo previsto en el presente Capítulo.

(Art. 22 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.7 ***Capacitación.*** Las Entidades Promotoras de Salud deberán procurar la idónea, suficiente y oportuna capacitación de sus promotores, mediante programas establecidos para tal fin.

Los programas de capacitación de las Entidades Promotoras de Salud deben cumplir con los requisitos mínimos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud en el contenido de la información de venta de los planes de salud.

En cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud podrá practicar verificaciones especiales de conocimiento a los promotores de las Entidades Promotoras de Salud y podrá disponer la modificación de los correspondientes programas de capacitación.

(Art. 23 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.8 ***Utilización conjunta de promotores.*** Salvo estipulación en contrario, los promotores de las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar sus servicios a más de una de tales entidades.

(Art. 24 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.1.2.9 ***Prohibición para las entidades promotoras de salud y sus promotores.*** Las Entidades Promotoras de Salud reconocerán a sus promotores un pago o comisión que no podrá depender del ingreso base de cotización ni de las condiciones de salud actuales o futuras del afiliado. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán establecer otros mecanismos de remuneración a los promotores, diferentes a la comisión pactada, como incentivos o beneficios, ya sea de manera directa o indirecta, propia o por conducto de sus subordinados, en función del volumen de afiliaciones.

Los promotores se abstendrán de compartir o entregar al afiliado, directa o indirectamente, de manera propia o por conducto de sus subordinados, porcentaje alguno de la comisión ordinaria que por su labor de promoción de afiliaciones se hubiere pactado como remuneración en el respectivo convenio.

(Art. 25 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Capítulo 2
Condiciones de habilitación financiera de las EPS

Sección 1. Condiciones financieras y de solvencia de la EPS

Artículo 2.5.2.2.1.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene como objeto actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas para operar el aseguramiento en salud, así como los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control.

Las condiciones de que trata el presente Capítulo serán exigibles para la habilitación y para la permanencia de las EPS.

(Art. 1 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.2 ***Alcance y ámbito de aplicación.*** Las normas del presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a

las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a las Cajas de Compensación Familiar, que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado independientemente de su naturaleza jurídica.

Las Cajas de Compensación Familiar que cuentan con autorización para operar programas de salud deberán cumplir con los requisitos de capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversiones en los términos del presente Capítulo. Sin embargo, los recursos, operaciones y demás componentes relacionados con dichos programas, deberán manejarse en forma separada e independiente de los demás recursos y operaciones de la respectiva Caja de Compensación, teniendo en cuenta además lo establecido en el artículo 65 de la Ley 633 de 2000 modificado por el artículo 40 de la Ley 1430 de 2010.

Se exceptúan de la aplicación de este Capítulo, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), las cuales aplicarán las normas del régimen de solvencia en el marco de la Ley 691 del 2001 y sus normas reglamentarias.

(Art. 2 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.3 ***Información financiera y contable.*** Las entidades de que trata el artículo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las normas de contabilidad e información financiera a las que estén sujetas, deberán adecuar su contabilidad y sistemas de información de tal forma que estos permitan distinguir e identificar en todo momento las operaciones propias del aseguramiento en salud, de las relacionadas con la prestación de los servicios no pos y de los planes complementarios.

Las EPS que en el marco de las normas vigentes presten directamente servicios de salud a través de una red propia, deberán dar cumplimiento a las instrucciones señaladas en el inciso anterior respecto de la información relacionada con dichos servicios y presentar la información financiera y contable en forma separada de las entidades que hacen parte de la red.

La presentación y reporte de la información mencionada en este artículo, deberá realizarse en los términos y condiciones que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

Las entidades a que hace referencia el artículo anterior, en el término que defina la Superintendencia Nacional de Salud, deberán depurar y realizar los ajustes a la información financiera y contable que resulten necesarios, con el fin de dar cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, de tal forma que los estados financieros reflejen la realidad económica de estas entidades.

Parágrafo. Los representantes legales, los contadores y revisores fiscales serán responsables del cumplimiento de las disposiciones del presente artículo en el marco de sus respectivas competencias, sin perjuicio de las responsabilidades derivadas de los deberes previstos en el Código de Comercio y demás normas que rigen su actividad.

(Art. 3 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.4 ***Disposiciones generales de las condiciones financieras y de solvencia.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, deberán cumplir y acreditar para efectos de la habilitación y permanencia en el SGSSS, las condiciones financieras y de solvencia establecida en el presente Capítulo, requeridas para desarrollar las actividades relativas al Plan Obligatorio de Salud y aquellas relacionadas con los planes complementarios de salud.

A las EPS que cuentan con autorización para operar planes de medicina prepagada, no se les tendrán en cuenta las operaciones, recursos y demás componentes relacionados con dichos planes, para efectos de la verificación del cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el presente Capítulo.

Para fines de inspección, vigilancia y control, los planes de medicina prepagada ofrecidos por las EPS, deben operar como una sección separada de la actividad de EPS y registrar y presentar las operaciones de la misma forma. A esta sección se le deberá asignar un monto de capital o aportes destinados exclusivamente a dicha actividad conforme a la reglamentación particular de los programas de medicina prepagada.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos en el territorio nacional ni en el exterior, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Constituirá una práctica insegura y no autorizada, la realización de inversiones de capital de estos recursos en entidades constituidas en el exterior. En el caso de las entidades solidarias, los aportes que posean dichas entidades en otras entidades de naturaleza solidaria se consideran inversiones de capital.

Parágrafo 1. Para la verificación del cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo serán tenidos en cuenta los principios, normas, interpretaciones y guías de contabilidad e información financiera expedidos en el marco de lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1314 de 2009, para los regímenes normativos de los preparadores de información financiera que conforman los Grupos 1, 2 y 3, de acuerdo con los respectivos cronogramas de aplicación. La Superintendencia Nacional de Salud definirá de ser necesario la homologación de los conceptos a que hace referencia el presente Capítulo.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud impartirá las instrucciones necesarias para la debida aplicación, medición y control de las condiciones financieras y de solvencia y demás disposiciones establecidas en el presente Capítulo.

(Art. 4 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.5 ***Capital mínimo.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto deberán cumplir y acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud el capital mínimo determinado de acuerdo con las siguientes reglas:

1. El monto de capital mínimo a acreditar para las entidades que se constituyan a partir del 23 de diciembre de 2014 será de ocho mil setecientos ochenta y ocho millones de pesos ($8.788.000.000) para el año 2014. Además del capital mínimo anterior, deberán cumplir con un capital adicional de novecientos sesenta y cinco millones de pesos ($965.000.000) por cada régimen de afiliación al sistema de salud, esto es contributivo y subsidiado, así como para los planes complementarios de salud.

Para efectos de acreditar el capital suscrito y pagado o el monto de los aportes en el caso de entidades solidarias, solo computarán los aportes realizados en dinero.

Las entidades que al 23 de diciembre de 2014 se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud, deberán acreditar el Capital Mínimo señalado en el presente numeral, en los plazos previstos en el artículo 2.5.2.2.1.12 del presente decreto. Para efectos de acreditar las adiciones al capital suscrito y pagado o el monto de los aportes en el caso de entidades solidarias que se requieran por efectos de la presente norma, solo computarán los aportes realizados en dinero.

Los anteriores montos se ajustarán anualmente en forma automática en el mismo sentido y porcentaje en que varíe el índice de precios al consumidor que suministre el DANE. El valor resultante se aproximará al múltiplo en millones de pesos inmediatamente superior. El primer ajuste se realizará en enero de 2015, tomando como base la variación del índice de precios al consumidor durante 2014.

2. La acreditación del capital mínimo resultará de la sumatoria de las siguientes cuentas patrimoniales: capital suscrito y pagado, capital fiscal o la cuenta correspondiente en las Cajas de Compensación Familiar, capital garantía, reservas patrimoniales, superávit por prima en colocación de acciones, utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, revalorización del patrimonio, y se deducirán las pérdidas acumuladas, esto es, las pérdidas de ejercicios anteriores sumadas a las pérdidas del ejercicio en curso.

Para el caso de las entidades solidarias la acreditación del capital mínimo resultará de la sumatoria del monto mínimo de aportes pagados, la reserva de protección de aportes, excedentes no distribuidas de ejercicios anteriores, el monto mínimo de aportes no reducibles, el fondo no susceptible de repartición constituido para registrar los excedentes que se obtengan por la prestación de servicios a no afiliados de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 79 de 1988, los aportes sociales amortizados o readquiridos por la entidad cooperativa en exceso del que esté determinado en los estatutos como monto mínimo de aportes sociales no reducibles y el fondo de readquisición de aportes y se deducirán las pérdidas de ejercicios anteriores, sumadas a las pérdidas del ejercicio en curso.

En todo caso en concordancia con la Ley 79 de 1988, deberá establecerse en los estatutos que los aportes sociales no podrán reducirse respecto de los valores previstos en el presente artículo.

Parágrafo. Las EPS que en virtud de lo establecido en el Título 7 de la Parte 1 del Libro 2 del presente decreto, deben operar el régimen contributivo y subsidiado simultáneamente no estarán obligadas a acreditar el capital mínimo adicional a que

se refiere el numeral 1 del presente artículo respecto del régimen al que pertenece el 10% o menos de los afiliados.

(Art. 5 del Decreto 2702 de 2014 modificado en lo pertinente por el Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.1.6 ***Variación del capital por orden de autoridad.*** Cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una Entidad Promotora de Salud ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente su continuidad en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

(Art. 6 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.2.1.7 ***Patrimonio adecuado.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto deberán acreditar en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado calculado de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Patrimonio Técnico: El patrimonio técnico comprende la suma del capital primario y del capital secundario, calculados de la siguiente manera:

1.1. El capital primario comprende:

a) El capital suscrito y pagado o capital fiscal o la cuenta correspondiente en las Cajas de Compensación Familiar;

b) El valor total de los dividendos decretados en acciones;

c) La prima en colocación de acciones;

d) La reserva legal constituida por apropiaciones de utilidades liquidas;

e) El valor de las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, se computará en los siguientes casos:

e.1. Cuando la entidad registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores hasta concurrencia de dichas pérdidas.

e.2. Cuando la entidad no registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores en un porcentaje igual al de las utilidades que en el penúltimo ejercicio hayan sido capitalizadas o destinadas a incrementar la reserva legal sin que pueda exceder del 50%. En el evento en que exista capitalización e incremento de la reserva legal, se entiende que para el cálculo del mencionado porcentaje se incluye la suma de estos dos valores;

f) Las donaciones siempre que sean irrevocables;

g) Los anticipos destinados a incrementar el capital, por un término máximo de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de ingreso de los recursos al balance. Transcurrido dicho término, el anticipo dejará de computar como un instrumento del patrimonio técnico;

h) Cualquier instrumento emitido, avalado o garantizado por el Gobierno Nacional utilizado para el fortalecimiento patrimonial de las entidades;

i) La reserva de protección de los aportes sociales descrita en el artículo 54 de la Ley 79 de 1988;

j) El monto mínimo de aportes no reducibles previsto en los estatutos, el cual no deberá disminuir durante la existencia de la cooperativa, de acuerdo con el numeral 7 del artículo 5º de la Ley 79 de 1988;

k) El fondo no susceptible de repartición constituido para registrar los excedentes que se obtengan por la prestación de servicios a no afiliados, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 79 de 1988. La calidad de no repartible, impide el traslado total o parcial de los recursos que componen el fondo a otras cuentas del patrimonio.

l) Los aportes sociales amortizados o readquiridos por la entidad cooperativa en exceso del que esté determinado en los estatutos como monto mínimo de aportes sociales no reducibles;

m) El fondo de amortización o readquisición de aportes a que hace referencia el artículo 52 de la Ley 79 de 1988, bajo el entendido que la destinación especial a la que se refiere la disposición, determina que los recursos de este fondo no pueden ser objeto de traslado a otras cuentas del patrimonio, ni utilizados para fines distintos a la adquisición de aportes sociales;

n) Deducciones del capital primario. Para establecer el valor final del capital primario se deducen los siguientes valores:

i. Las pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores y las del ejercicio en curso.

ii. El valor de las inversiones de capital, efectuadas que de acuerdo con la Ley y la jurisprudencia hayan sido realizadas en entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en entidades aseguradoras o en entidades cuyo objeto social sea diferente al del aseguramiento y prestación de servicios de salud. El valor de las inversiones de capital a deducir se tomará sin incluir valorizaciones ni desvalorizaciones y neto de provisiones.

Para efectos de lo previsto en este literal, en el caso de las entidades solidarias, los aportes que posean dichas entidades en otras entidades de naturaleza solidaria se consideran inversiones de capital.

iii. El valor de las inversiones que de acuerdo con la Ley y la jurisprudencia hayan sido realizadas en bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidos por otras entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, por entidades aseguradoras o por entidades cuyo objeto social sea diferente al del aseguramiento y prestación de servicios de salud.

iv. El impuesto de renta diferido neto cuando sea positivo.

v. Los activos intangibles.

vi. Las acciones propias readquiridas.

vii. El valor no amortizado del cálculo actuarial del pasivo pensional.

Parágrafo 1. La reducción de la reserva legal solo podrá realizarse en los siguientes dos (2) casos específicos: (i) cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan el monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores; y (ii) cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones. Lo dispuesto en el presente Parágrafo aplica para la totalidad de la reserva legal, incluido el monto en que ella exceda el 50% del capital suscrito.

Parágrafo 2. En el caso de entidades de la economía solidaria, cuando el respectivo organismo esté registrando pérdidas del ejercicio o acumuladas o se encuentre restituyendo la reserva para protección de aportes, bajo ninguna circunstancia podrá alimentar los fondos sociales pasivos a que se refiere el artículo 56 de la Ley 79 de 1988, contra gastos del ejercicio.

Parágrafo transitorio. La deducción de las inversiones de capital a las que se refiere el numeral ii de literal anterior, se adelantará de manera progresiva, así: dentro de los 12 meses siguientes al 23 de diciembre de 2014, la deducción mínima a efectuar será del 30%, a partir de los doce (12) meses siguientes será del 60% y a partir de los dieciocho meses (18) siguientes al 23 de diciembre de 2014 la deducción será del 100%.

1.2 El capital secundario comprende:

a) Las reservas estatutarias;

b) Las reservas ocasionales;

c) Las utilidades o excedentes del ejercicio en curso, en el porcentaje en el que la Asamblea General de asociados, se comprometa irrevocablemente a destinar para el incremento de capital o incremento de la reserva para la protección de aportes sociales o de la reserva legal, durante o al término del ejercicio. Para tal efecto, dichos excedentes solo serán reconocidos como capital regulatorio una vez la Superintendencia Nacional de Salud apruebe el documento de compromiso;

d) El cincuenta por ciento (50%) de las valorizaciones de las inversiones computables en títulos de deuda pública y en títulos de renta fija. De dicho monto se deducirá el 100% de sus desvalorizaciones;

e) Los bonos obligatoriamente convertibles en acciones cuyo pago en caso de liquidación esté subordinado a la cancelación de los demás pasivos externos de la sociedad y que su tasa de interés al momento de la emisión sea menor o igual que

el setenta por ciento (70%) de la tasa DTF calculada por el Banco de la República para la semana inmediatamente anterior.

Parágrafo 1. Para efectos del cálculo del patrimonio técnico, el valor máximo computable del capital secundario es la cuantía total del capital primario de la respectiva entidad. No obstante, las valorizaciones computadas en la forma prevista en el literal d) del numeral 1.2 del presente artículo no pueden representar más del cincuenta por ciento (50%) del valor total del capital primario.

Parágrafo 2. Las reservas estatutarias y las reservas ocasionales se tendrán en cuenta para el cómputo del capital secundario siempre y cuando la Asamblea General se comprometa con una permanencia mínima de siete (7) años. El contenido de dicho compromiso deberá ser presentado a la Superintendencia Nacional de Salud, quien vigilará su cumplimiento.

2. Patrimonio Adecuado. Para los efectos del presente Capítulo el patrimonio adecuado de las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, será calculado de acuerdo con la siguiente metodología.

a) El ocho por ciento (8%) de los siguientes ingresos operacionales percibidos en los últimos doce (12) meses: La Unidad de Pago por Capitación (UPC), el valor reconocido a las EPS del Régimen Contributivo para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, los aportes del plan complementario, el valor reconocido por el sistema para garantizar el pago de incapacidades, el valor de cuotas moderadoras y copagos, el valor reconocido para enfermedades de alto costo y demás ingresos de la operación de acuerdo con lo que defina la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS que giran a la cuenta de alto costo descontarán dicho valor. El porcentaje a que hace referencia este inciso, estará vigente hasta tanto los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público determinen, con base en el análisis de la información aportada por las entidades de que trata el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, el porcentaje definitivo que debe aplicarse.

b) La suma anterior se multiplicará por el valor resultante de la relación existente entre los costos y gastos originados en los siniestros relativos a la atención de la cobertura del riesgo en salud, menos el monto correspondiente a los siniestros de la misma naturaleza reconocidos a la entidad por un tercero reasegurador originados en la transferencia de riesgo, sobre los costos y gastos originados en los siniestros a cargo de la entidad ya mencionados. La relación a la que se refiere el presente inciso no podrá ser inferior a 0,9 (90%) y se deberá calcular con base en cifras registradas en los últimos doce meses.

La deducción por concepto de siniestros reconocidos solamente será aplicable cuando se demuestre una transferencia real del riesgo de la entidad a un tercero legalmente autorizado.

(Art. 6 del Decreto 2702 de 2014 modificado en lo pertinente por el Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.1.8 ***Reserva legal.*** Las Entidades Promotoras de Salud constituidas bajo la forma de sociedades comerciales, deberán constituir para el

adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, la cual se formará con el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.

Solo será procedente la reducción de la reserva legal cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan del monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las no distribuidas de ejercicios anteriores o cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones.

(Art. 7 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.2.1.9 ***Reservas técnicas.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las siguientes reservas técnicas, las cuales deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme al artículo 2.5.2.2.1.10 del presente decreto:

1. Reserva para obligaciones pendientes. Tiene como propósito mantener una provisión adecuada para garantizar el pago de la prestación de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud que están a cargo de las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto.

Esta reserva comprende tanto los servicios de salud ya conocidos por la entidad como los ocurridos pero aún no conocidos, que hagan parte del plan obligatorio de salud y de los planes complementarios, así como las incapacidades por enfermedad general.

1.1. La reserva de obligaciones pendientes y conocidas se debe constituir en el momento en que la entidad se entere por cualquier medio, del hecho generador o potencialmente generador de la obligación.

La Superintendencia Nacional de Salud para efectos de la inspección, vigilancia y control, definirá la clasificación y desagregación de estas reservas.

El monto de la reserva a constituir debe corresponder al valor estimado o facturado de la obligación de acuerdo con la información con la que se cuente para el efecto. Tratándose de la autorización de servicios y sin que por ello se entienda extinguida la obligación, la reserva se podrá liberar en los plazos que defina la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el estudio que realice sobre los servicios autorizados y no utilizados.

1.2. La reserva de obligaciones pendientes aún no conocidas, corresponde a la estimación del monto de recursos que debe destinar la entidad para atender obligaciones a su cargo ya causadas pero que la entidad desconoce.

Para la constitución de esta reserva se deben utilizar metodologías que tengan en cuenta el desarrollo de las obligaciones, conocidas como métodos de triángulos. Para el cálculo de esta reserva la entidad deberá contar como mínimo con tres (3) años de información propia y se deberá constituir mensualmente.

Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto que inicien operaciones después de su entrada en vigencia, deberán presentar una metodología de cálculo alternativa a utilizar mientras transcurren los tres años señalados, la cual debe ser autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Otras Reservas. Cuando de los análisis y mediciones realizados se determinen pérdidas probables y cuantificables, se reflejarán en los estados financieros mediante la constitución de la reserva correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud, cuando lo estime conveniente, podrá ordenar la constitución de este tipo de reservas, de acuerdo con la naturaleza de las operaciones y con el objetivo de garantizar la viabilidad financiera y económica.

Parágrafo. El valor que las entidades responsables de pago giren en cumplimiento de lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 sobre las facturas presentadas para el cobro por la prestación de servicios de salud, deben ser registrados como menor valor del requerido de la reserva.

(Art. 7 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.10 ***Inversión de las reservas técnicas.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto deberán mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, de acuerdo con el siguiente régimen y los plazos definidos en el artículo 2.5.2.2.1.12 del presente decreto:

1. Requisito general. Las inversiones deben ser de la más alta liquidez y seguridad.

2. Inversiones computables. El portafolio computable como inversión de las reservas técnicas debe corresponder a:

a) Títulos de deuda pública interna emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República;

b) Títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, incluyendo al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafín) y al Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas (Fogacoop);

c) Depósitos a la vista en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, descontados los descubiertos en cuenta corriente registrados en el pasivo de acuerdo con las normas contables aplicables.

3. Requisitos. Las inversiones computarán bajo los siguientes parámetros:

a) Cuando correspondan a un mismo emisor o establecimiento de crédito, la inversión del numeral 2.b. será computable como respaldo de la reserva técnica solamente hasta el 10% del valor del portafolio de inversiones;

b) El conjunto de las inversiones del numeral 2.b. realizadas en títulos cuyo emisor, aceptante, garante, u originador, sea una entidad vinculada, no puede exceder el diez por ciento (10%) del valor del portafolio;

c) Los recursos que respaldan las reservas técnicas computarán hasta el treinta por ciento (30%) de una misma emisión de títulos, de acuerdo con las inversiones permitidas según el régimen aplicable.

Quedan exceptuadas de este límite las inversiones del numeral 2.a., las realizadas en Certificados de Depósitos a Término (CDT) emitidos por establecimientos de crédito y las inversiones de títulos de deuda emitidos o garantizados por Fogafin y Fogacoop;

d) Las inversiones del numeral 2.b. requieren la calificación de deuda a corto o largo plazo del emisor o del establecimiento de crédito, según corresponda, equivalente cuando menos a grado de inversión y otorgada por una sociedad calificadora de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Las inversiones del numeral 2.c. requieren la calificación de la capacidad de pago a corto plazo del establecimiento de crédito, equivalente cuando menos a grado de inversión otorgada por una sociedad calificadora de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia;

e) Las inversiones de los numerales 2.a. y 2.b. se deben realizar sobre títulos inscritos en el Registro Nacional de Valores y Emisores;

f) Todas las negociaciones de inversiones de los títulos descritos en los numerales 2.a. y 2.b. se deben realizar a través de sistemas de negociación de valores, o en el mercado mostrador, registradas en un sistema de registro de operaciones sobre valores debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia siempre que las mismas sean compensadas y liquidadas mediante un sistema de liquidación y compensación de valores autorizado por dicha Superintendencia;

g) Los títulos o valores representativos de las inversiones que respaldan las reservas técnicas susceptibles de ser custodiados se deben mantener en todo momento en los depósitos centralizados de valores debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Para efectos de los depósitos se tendrán en cuenta los términos establecidos en los reglamentos de operaciones de los citados depósitos centralizados de valores, contados a partir de la fecha de adquisición o de la transferencia de propiedad del título o valor.

4. Restricciones. Las inversiones de las reservas técnicas se deben mantener libres de embargos, gravámenes, medidas preventivas, o de cualquier naturaleza que impida su libre cesión o transferencia. Cualquier afectación de las mencionadas impedirá que sea computada como inversión de las reservas técnicas.

5. Defectos de inversión por valoración. Los defectos de inversión que se produzcan exclusivamente como resultado de cambios en la valoración del portafolio, deberán ser reportados inmediatamente a la Superintendencia Nacional de Salud y tendrán plazo de un (1) mes para su ajuste, contado a partir de la fecha en que se produzca el defecto respectivo.

Parágrafo. Para efectos de este artículo se entenderá por entidad vinculada la definición contenida en el artículo 2.31.3.1.12 del Decreto 2555 de 2010.

(Art. 8 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.11 ***Operaciones financieras no autorizadas.*** Las Entidades Promotoras de Salud deberán abstenerse de:

1. Disponer a cualquier título de los recursos de las cotizaciones, sin perjuicio del régimen de administración a través de terceros previsto en el presente Capítulo. Las operaciones financieras se deberán realizar sobre los saldos que resulten a favor de la entidad, una vez verificada la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

2. Gravar, bajo cualquier modalidad, los títulos representativos de las inversiones a través de los cuales se constituya el margen de solvencia previsto en el presente Capítulo, a menos que el margen de solvencia tenga un valor superior a los cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales, evento en el cual el gravamen podrá ascender hasta un equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del margen de solvencia.

Las opciones de inversión y gravamen del margen de solvencia no podrán ejercerse en forma simultánea. Dicho gravamen solo será procedente para garantizar operaciones de inversión en infraestructura.

3. Durante los dos (2) primeros años a partir de la expedición del certificado de autorización, las Entidades Promotoras de Salud no podrán destinar más del tres por ciento (3%) de lo recibido por concepto de la Unidad de Pago por Capitación UPC promedio ponderado a gastos de publicidad. Todo gasto adicional deberá pagarse con sus recursos propios.

(Art. 11 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Artículo 2.5.2.2.1.12 ***Plazo para cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto que a la fecha de entrada en vigencia del mismo, se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud y no cumplan con los requisitos financieros de capital mínimo, patrimonio adecuado, e inversión de las reservas técnicas, previstos en el presente Capítulo, los deberán cumplir progresivamente dentro de los 7 años siguientes al 23 de diciembre de 2014. En todo caso, al final del primer año de este plazo la entidad deberá haber cubierto al menos el 10% del defecto, al término del segundo año el 20%, al término del tercer año el 30%, al término del cuarto año el 50%, al término del quinto año 70%, al término del sexto año 90% y al final del séptimo año el 100%.

Parágrafo 1. Las entidades que al 23 de diciembre de 2014, se encuentren sometidas a alguna de las medidas establecidas en el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, según lo previsto en el Decreto 2462 de 2013, para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia previstas en el presente Capítulo, estarán sometidas a las mismas condiciones de plazo y porcentaje dispuestas en este artículo.

Parágrafo 2. Los plazos de ajuste aquí previstos no eximen a las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto del deber de cumplimiento del pago de las obligaciones por la prestación de los servicios de salud en los plazos legales y contractuales.

Parágrafo 3. Cuando las entidades de que trata el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto reciban afiliados por traslados masivos generados por el retiro de las Entidades Promotoras de Salud o su liquidación, presentarán para su evaluación y aprobación a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de ajuste para cumplir con las condiciones financieras previstas en el presente decreto.

Parágrafo transitorio. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, que a la fecha de entrada en vigencia del mismo, cumplan las condiciones financieras y de solvencia en los términos del presente artículo deberán continuar cumpliendo dichas condiciones.

(Art. 9 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.13 ***Autorización para operar.*** Para efectos del trámite de autorización para operar como EPS, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de las disposiciones previstas en el presente Capítulo, sin perjuicio de las demás normas que rigen la actividad.

Con el fin de garantizar la debida protección de los recursos y la adecuada prestación de los servicios de salud, solo podrán ser habilitadas las entidades del artículo 2° que cuenten con objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 respecto de las Cajas de Compensación Familiar y las entidades de creación legal.

La Superintendencia Financiera de Colombia será competente para realizar la inspección, vigilancia y control de las entidades de que trata el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, en los términos del Decreto Ley 4185 de 2011 y en particular las normas del régimen previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Decreto 2555 de 2010 (Decreto Único Financiero), en los instructivos de la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas concordantes, aplicables a las entidades aseguradoras, respecto de las EPS que cumplan o lleguen a cumplir las normas prudenciales que rigen a las entidades aseguradoras.

(Art. 10 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.14 ***Órdenes de capitalización a Entidades Promotoras de Salud.*** Sin perjuicio de las acciones o sanciones legalmente admisibles, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, podrán ordenar la capitalización de las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto para que enerven las insuficiencias de capital, fijando un plazo para el efecto, de conformidad con lo dispuesto en el Parágrafo segundo del artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

El incumplimiento de la orden de capitalización podrá ser sancionado de acuerdo con las normas vigentes.

(Art. 11 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.15 ***Incumplimiento del régimen de las condiciones financieras y de solvencia.*** El incumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia dentro de los plazos previstos en este Capítulo, dará lugar a la adopción de las medidas correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con sus competencias.

(Art. 12 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.1.16 ***Reporte de información financiera.*** Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del presente decreto, deberán remitir la información que requiera la Superintendencia Nacional de Salud, para evaluar las condiciones financieras y de solvencia de las entidades a que hace referencia el presente Capítulo.

(Art. 13 del Decreto 2702 de 2014)

Sección 2. Condiciones y operaciones para dar cumplimiento a los objetivos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga

Artículo 2.5.2.2.2.1 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** La presente Sección tiene por objeto establecer las condiciones y operaciones destinadas a dar cumplimiento a los objetivos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, definidos en el artículo 41 del Decreto ley 4107 de 2011, en armonía con lo previsto en el inciso tercero del artículo 68 de la Ley 1753 de 2015 cuando ello se requiera. Las disposiciones aquí previstas, son aplicables al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o a la entidad que haga sus veces, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud y a las Entidades Financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

(Art. 1 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.2 ***Condiciones generales de aplicación.*** Las operaciones de que trata la presente Sección deberán aplicarse teniendo en cuenta las siguientes condiciones generales:

a. La disponibilidad de recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces;

b. En cada caso, los recursos deberán ser priorizados en consideración al riesgo que revista determinada entidad prestadora o aseguradora de salud para la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al impacto sobre la prestación adecuada y oportuna de los servicios de salud o a la protección de los derechos de los usuarios;

c. El Ministerio de Salud y Protección Social condicionará la aplicación de los mecanismos y facultades previstos en la presente Sección, entre otros, a la suscripción de planes o convenios de desempeño, mejoramiento, saneamiento

contable o de participación en el fortalecimiento patrimonial de la respectiva entidad por parte de los accionistas, aportantes o de las entidades aseguradoras o prestadoras de salud;

d. Los demás que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. En todo caso, la facultad de adelantar las operaciones previstas en la presente Sección, no implica la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que ejecute las operaciones según corresponda, de aprobarlas para las aseguradoras y prestadoras de salud que las soliciten.

(Art. 2 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.3 ***Operaciones autorizadas.*** Con el fin de cumplir con el objeto de la presente Sección y de conformidad con lo establecido en el inciso 3 del artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, con los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, se podrán realizar las siguientes operaciones:

a) Suscribir contratos de capital garantía, con las Entidades Promotoras de Salud, en los regímenes contributivo y/o subsidiado y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y adquirir, enajenar y gravar acciones de las mismas;

b) Realizar actos y negocios jurídicos para una ágil y eficaz recuperación de los activos propios o de las Entidades Promotoras de Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;

c) Celebrar convenios con las Entidades Promotoras de Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el objeto de facilitar la cancelación oportuna de las obligaciones adquiridas en desarrollo de las operaciones previstas en el presente Capítulo;

d) Suscribir convenios con entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia para viabilizar operaciones de crédito;

e) Otorgar préstamos a las Entidades Promotoras de Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud destinados a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos. Dichos préstamos podrán otorgarse a las Entidades Promotoras de Salud con el objeto de permitir o facilitar la realización de programas de fusión, adquisición, cesión de activos y pasivos u otras figuras destinadas a preservar los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la protección de los derechos de los usuarios;

f) Adquirir los activos de las Entidades Promotoras de Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que señale el Ministerio de Salud y Protección Social;

g) Recibir y otorgar avales y garantías;

h) Celebrar convenios con otras autoridades públicas con funciones de control, inspección y vigilancia, con el fin de contar con asesoría y apoyo en el desarrollo de

sus actividades, en las materias que guarden concordancia con el objeto de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces;

i) La adquisición de títulos representativos de deuda subordinada emitidos por aseguradores y prestadores de servicios de salud;

j) Realizar los demás actos y negocios jurídicos necesarios para el desarrollo de los objetivos señalados en el artículo 41 del Decreto ley 4107 de 2011 y demás normas aplicables.

(Art. 3 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.4 ***Convenios con entidades financieras.*** Con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces y mediante la compensación de tasa u otros mecanismos que resulten aplicables, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá suscribir convenios con entidades sometidas a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, para viabilizar el otorgamiento de créditos a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, destinados a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos, de conformidad con las condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el caso de los créditos con tasa compensada, cuyo beneficiario sea una Entidad Promotora de Salud (EPS), el beneficio solo podrá ser otorgado para el pago de pasivos de estas entidades con los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud, para cuyo efecto deberán autorizar el giro directo de los recursos a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud. Para el efecto, las EPS deberán proporcionar a la entidad financiera la información que requiera para el desembolso de los recursos.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud autorizarán al Fosyga o a la entidad que haga sus veces, a girar los recursos que a cualquier título se le reconozcan para amortizar los créditos y los intereses que correspondan.

Parágrafo. La Financiera de Desarrollo Territorial S. A. (Findeter), de conformidad con lo establecido en el parágrafo del literal b) del numeral 3 del artículo 270 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, podrá ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una línea de redescuento con tasa compensada para los fines y con cargo a los recursos señalados en el presente artículo.

(Art. 4 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.5 ***Garantías.*** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, directamente o mediante la suscripción de convenios con entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, respaldar créditos destinados al saneamiento de pasivos o a capital de trabajo, mediante el otorgamiento de avales y garantías.

Podrán ser beneficiarios de este mecanismo las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de conformidad con las condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los términos, condiciones y monto de la garantía, los cuales deberán tener en cuenta la destinación y el beneficiario de los recursos.

Las EPS que sean beneficiarias de la presente operación, deberán autorizar a la entidad financiera a girar directamente los recursos a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud, para lo cual deberán entregar la información necesaria a la entidad financiera.

Las entidades que soliciten la garantía para acceder al crédito, no deben encontrarse en medida de retiro voluntario o de intervención para liquidación por parte de la autoridad competente.

(Art. 5 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.6 ***Línea de crédito directa.*** De acuerdo con la disponibilidad de recursos, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, se podrán otorgar directamente créditos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las Entidades Promotoras de Salud, destinados a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos.

Las Entidades Promotoras de Salud que soliciten el crédito, no deben encontrarse en medida de retiro voluntario o de intervención para liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o Superintendencia de Subsidio Familiar.

Así mismo, las EPS que sean beneficiarias de esta línea de crédito, deberán autorizar a la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, a girar directamente los recursos a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud.

El costo de la comisión por el análisis de la solicitud de crédito, a favor de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, deberá pactarse con cargo a quien realice la solicitud para acceder a esta línea de crédito.

El Ministerio de Salud y Protección Social, realizará el análisis de las solicitudes de crédito directamente o a través de un tercero de reconocida trayectoria. El valor de las garantías exigidas será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, según el procedimiento de valoración que se establezca. En todo caso el valor de estas no podrá ser inferior al crédito durante la vigencia del mismo.

Los beneficiarios deberán suscribir un convenio de desempeño con el Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se establecerán las condiciones de operación de la entidad con el fin de garantizar la sostenibilidad de la prestación de los servicios de salud y el pago del crédito.

(Art. 6 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.7 ***Capital garantía.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, podrá fortalecer patrimonialmente a las Entidades Promotoras de Salud mediante la suscripción de un contrato de capital garantía.

La garantía podrá constituirse por sumas determinadas como aporte de capital y hasta por el periodo determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las garantías se otorgarán de conformidad con los términos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y el otorgamiento deberá ser consistente con las siguientes reglas:

1. La solicitud de capital de garantía deberá ser presentada por la Entidad Promotora de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Para efectos de otorgar la autorización, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá en cuenta las condiciones financieras y operativas de la respectiva Entidad Promotora de Salud, con la finalidad de determinar la viabilidad de aplicar el mecanismo de capital garantía en el caso concreto.

3. Los aportes dan lugar a la emisión y entrega de acciones temporales de índole especial representativas del capital garantía cuyo pago se efectúa con la constitución del derecho personal aportado y su valor corresponde a una cuota parte del valor nominal de la garantía.

4. Los costos asociados por la suscripción del contrato de capital garantía serán asumidos por la entidad solicitante.

5. El Capital Garantía que se suscriba con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, computa como parte del Capital Mínimo y del Capital Primario para los efectos de los artículos 2.5.2.2.1.1 al 2.5.2.2.1.16 del presente decreto, así como de las normas que los modifiquen o sustituyan.

6. Cuando a juicio de la Superintendencia Nacional de Salud se determine la vinculación de nuevos accionistas particulares, se podrá promover su participación mediante la enajenación del derecho de suscripción de acciones ordinarias a que da lugar la garantía, sin perjuicio de la obligación de enajenar las acciones ordinarias o bonos que posea.

7. La garantía le confiere los siguientes derechos a la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o a quien haga sus veces:

a) Recibir acciones especiales por el hecho de su constitución, conforme al presente artículo;

b) Cuando la garantía se haga exigible, recibir acciones ordinarias o bonos obligatoriamente convertibles en acciones. Para tal efecto se convertirán las acciones especiales en acciones ordinarias o bonos, según el caso, hasta por el monto del respectivo desembolso;

c) Participar en las deliberaciones de los órganos de administración y dirección de la entidad y votar las decisiones que se adopten. Tal participación se determinará según la proporción que represente la garantía sobre la suma de esta y el capital suscrito y pagado de la entidad. En el caso de la suscripción del contrato de capital garantía con entidades de naturaleza cooperativa, el capital garantía otorgado implicará la participación de los delegados del Ministerio de Salud y Protección Social, en el órgano de administración de la entidad cooperativa en la proporción que se determine en dicho contrato. En ningún caso, el Ministerio de Salud y Protección Social adquirirá la calidad de asociado o cooperado por virtud de la suscripción del contrato de capital garantía;

d) Suscribir preferencialmente acciones ordinarias o bonos obligatoriamente convertibles en acciones de la entidad cuando la garantía se haga exigible o en el evento previsto en el literal e) del presente artículo;

e) Enajenar libremente los derechos de suscripción preferencial indicados en el inciso anterior.

8. La garantía podrá reducirse por las utilidades o excedentes que genere la entidad, la colocación de acciones o de bonos opcional u obligatoriamente convertibles en acciones, así como por cualquier otra medida u operación de fortalecimiento patrimonial que reciba, en las condiciones que señale el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social, podrá determinar la vigencia, posibilidad de revocar o reducir gradualmente la garantía, las condiciones para su exigibilidad y definir los demás términos que juzgue precisos para conceder ese apoyo. Así mismo, determinará el monto de la comisión a pagar por parte del beneficiario por el otorgamiento del capital garantía.

Parágrafo. En lo no previsto en el presente artículo, se acudirá a las normas que sobre la materia regula el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

(Art. 7 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.8 ***Adquisición de títulos emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.*** Con el fin de avanzar en el fortalecimiento patrimonial las Entidades Promotoras de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá adquirir títulos representativos de deuda subordinada emitidos por dichas entidades.

En el único caso en que los títulos representativos de deuda subordinada a los que hace referencia este artículo, sean efectivamente suscritos a nombre del Ministerio de Salud y Protección Social, serán computables como parte del Capital Mínimo y del Capital Primario para los efectos de los artículos 2.5.2.2.1.1 al 2.5.2.2.1.16 del presente decreto o las normas que los modifiquen o sustituyan.

Los beneficiarios de este mecanismo deberán suscribir un convenio de desempeño con el Ministerio de Salud y Protección Social en el cual se establecerán, entre otras, las condiciones de operación de la entidad para lograr la sostenibilidad de la misma,

la cancelación oportuna de las obligaciones a su cargo y la prestación de los servicios de salud. Así mismo, se establecerán las condiciones del seguimiento al convenio que hará el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 8 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.9 ***Compra de cartera.*** Las operaciones de compra de cartera se realizarán según lo establecido en el artículo 9° de la Ley 1608 de 2013 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

(Art. 9 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.10 ***Términos y condiciones de las operaciones.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los términos, objeto, condiciones, plazos, tasas, garantías exigidas y periodos de gracia para realizar las operaciones de que trata la presente Sección.

(Art. 10 de Decreto 1681 de 2015)

Artículo 2.5.2.2.2.11 ***Análisis y seguimiento de la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y hará seguimiento permanente al cumplimiento de los compromisos adquiridos por parte de las entidades beneficiarias de las operaciones contempladas en la presente Sección y a la debida ejecución de los recursos por parte de estas, para lo cual podrá suscribir planes de mejoramiento y convenios de desempeño con los beneficiarios.

(Art. 11 del Decreto 1681 de 2015)

Capítulo 3
Habilitación y revocatoria de EPS del Régimen Subsidiado

Artículo 2.5.2.3.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria, total o parcial, de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las entidades que administran el régimen subsidiado se denominarán Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS'S.

(Art. 1 del Decreto 515 de 2004, modificado por el artículo 1 del Decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.2 ***De la habilitación.*** Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del artículo anterior, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

2.1 De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las EPS del régimen subsidiado para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

2.2 De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las EPS del Régimen Subsidiado, en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del 1 de abril de 2005 y 400.000 antes del 1 de abril 2006. Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo de 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social deberán acreditar como mínimo un número de 100.000 personas afiliadas antes del 1 de abril de 2005 y 150.000 antes del 1 de abril de 2006.

(Art. 2 del Decreto 515 de 2004 modificado por el artículo 1 del Decreto 506 de 2005)

Artículo 2.5.2.3.3 ***Condiciones para la habilitación.*** Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

3.1. **Condiciones de capacidad técnico-administrativa.** Es el conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

3.2. **Condiciones de capacidad financiera.** Son los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las EPS del régimen subsidiado.

3.3. **Condiciones de capacidad tecnológica y científica.** Son aquellas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas.

(Art. 3 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.4 ***Capacidad técnico-administrativa.*** Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las EPS del régimen subsidiado que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

(Art. 4 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.5 ***Capacidad tecnológica y científica.*** Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y

procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Parágrafo. Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las EPS del régimen subsidiado y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una EPS del régimen subsidiado con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la EPS del régimen subsidiado, esto, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la EPS del régimen subsidiado.

(Art. 6 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.6 ***Condiciones de capacidad técnico-administrativa.*** Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las entidades EPS del régimen subsidiado deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico-administrativas de operación.

2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades EPS del régimen subsidiado, establecidos en el presente Capítulo.

5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente Capítulo y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

(Art. 7 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.7 ***Condiciones de capacidad financiera.*** Para su permanencia, las Entidades de que trata el presente Capítulo, deberán demostrar las condiciones financieras que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Acreditar el monto de patrimonio mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

3. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

4. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

(Art. 8 del Decreto 515 de 2004, modificado por el artículo 3 del Decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.8 ***Condiciones de capacidad tecnológica y científica.*** Las Entidades de que trata el presente Capítulo, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

(Art. 9 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.9 ***De la entidad competente para otorgar la habilitación.*** La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EPS del régimen subsidiado.

(Art. 10 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.10 ***Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.*** La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente Capítulo.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

(Art. 13 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.11 ***Desempeño de funciones de habilitación en la Superintendencia Nacional de Salud.*** El desempeño de estas funciones y, en general los procesos cíclicos y periódicos de habilitación, se podrán hacer por contratos de prestación de servicios o mediante la aprobación de la planta temporal a que se refiere el artículo 21 de la Ley 909 de 2004.

(Art. 3 del Decreto 3880 de 2005)

Artículo 2.5.2.3.12 Las Cajas de Compensación Familiar que siendo integrantes de uniones temporales para la administración del régimen subsidiado hayan hecho uso de la posibilidad del retiro voluntario parcial de la unión temporal, consagrada en el Decreto 506 de 2005 podrán continuar operando con base en la autorización entregada a la unión temporal de la cual hacían parte hasta tanto se resuelva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud la nueva solicitud individual de habilitación como EPS del régimen subsidiado.

(Art. 4 del Decreto 3880 de 2005)

Artículo 2.5.2.3.13 ***Prácticas no autorizadas.*** Se consideran prácticas no autorizadas respecto de las entidades de que trata el presente Capítulo, las siguientes:

1. Ninguna EPS del régimen subsidiado o convenio de entidades o propietarios, podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden nacional.

2. A las entidades de que trata el presente Capítulo, les están prohibidas las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados.

3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada y concedente no asumir directamente la

responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada. Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.

(Art. 15 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.14 ***Revocatoria de la habilitación.*** La Superintendencia Nacional de Salud revocará, total o parcialmente, la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, conforme a las siguientes reglas:

1. Revocatoria total de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará totalmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud de régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de por lo menos una de las condiciones que a continuación se señalan:

a) La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan las condiciones de habilitación;

b) La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social;

c) La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros;

d) La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente Capítulo;

e) La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) El incumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa;

g) El incumplimiento de las condiciones de capacidad financiera;

h) El incumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

2. Revocatoria parcial de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará parcialmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado cuando se presente, por lo menos, uno de los siguientes eventos:

a) Cuando la entidad no demuestre condiciones de capacidad tecnológica y científica en alguno o algunos de los departamentos en los cuales está habilitado para operar;

b) Cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud-IPS–

de la red prestadora de servicios departamentales dentro de los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya y respecto del departamento o departamentos en que tal circunstancia ocurra.

Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado no pueda administrar subsidios en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida.

(9 del Decreto 1486 de 1994 modificado por el artículo 4 del decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.15 ***Efectos de la revocatoria de la habilitación***. Las entidades a las que le fuere revocada totalmente la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas en el artículo anterior, no podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

(Art. 17 del Decreto 515 de 2004 modificado por el artículo 5 del decreto 3556 de 2008)

Capítulo 4
EPS Indígenas

Artículo 2.5.2.4.1 ***Requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas.*** Para organizar y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S, los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, podrán conformar Entidades Promotoras de Salud, EPS, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a. Establecer de manera expresa en sus Estatutos que su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud que administra recursos del Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b. Constituir una cuenta independiente del resto de las rentas y bienes de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas;

c. Estar debidamente autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Capítulo para administrar los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.2 ***Objeto Social***. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, tendrán como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S. En consecuencia deberán afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud en los

términos establecidos por las normas vigentes y administrar el riesgo en salud de los miembros de sus comunidades.

(Art. 2 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.3 ***Cobertura.*** Con el fin de proteger la unidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en todo el territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en el presente Capítulo.

(Art. 3 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.4 ***Capital Social.*** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, a que se refiere el presente Capítulo, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para afiliar a beneficiarios del régimen subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten mediante contador público, un capital social equivalente a 250 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados. Este capital social podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar.

Parágrafo. Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

(Art. 4 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.5 ***Número mínimo de afiliados de una EPS del régimen subsidiado-I o EPS-I.*** Para la permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sin perjuicio del cumplimiento de las condiciones de habilitación vigentes, las EPS del régimen subsidiado-I o EPS-I deben acreditar a más tardar el 1 de abril de 2006 el número mínimo de 100.000 afiliados. Sin embargo, las EPS del régimen subsidiado -I o EPS-I podrán operar con menos afiliados siempre y cuando, acrediten los porcentajes de población indígena establecidos en el siguiente cuadro:

Proporción de población indígena sobre el total de afiliados a la EPS del régimen subsidiado□o *EPS*	*Número mínimo de afiliados a partir del 1° de abril de 2006*
90%	*25.000 - 40.000*
80%	*40.001 - 50.000*
70%	*50.001 - 75.000*
60%	*75.001 - 100.000 o más*

(Art. 1 del Decreto 4127 de 2005)

Artículo 2.5.2.4.6 ***Revocatoria.*** En los términos del numeral 2 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la autorización, de las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, entre otras causales, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos que este organismo le señale:

a. Un número mínimo de afiliados de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.2.4.1.

b. El margen de solvencia previsto en las disposiciones vigentes sobre la materia.

(Art. 5 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.7 ***Registro***. La Superintendencia Nacional de Salud llevará un registro independiente de las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas.

(Art. 7 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.8 ***Sujeción a las autoridades indígenas.*** Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente Capítulo y en las normas vigentes sobre la materia, las EPS Indígenas atenderán las directrices y orientaciones que les impartan los Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas, en el ámbito de sus respectivas competencias, de conformidad con las normas vigentes.

(Art. 8 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.4.9 ***Normas comunes.*** Los aspectos y situaciones que no sean reguladas en el presente Capítulo, se regirán por lo dispuesto en el Título 1 de la Parte 3 del Libro 2 del presente decreto y en las normas que lo adicionen o modifiquen.

(Art. 9 del Decreto 330 de 2001)

Sección 1. Normas transitorias de habilitación financiera para empresas promotoras de salud indígenas

Artículo 2.5.2.4.1.1 ***Margen de solvencia para asegurar la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas***. Para efecto de lo dispuesto en esta Sección, se entiende por margen de solvencia, la liquidez que debe tener una Entidad Promotora de Salud Indígena, cualquiera sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios.

Se entenderá por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud Indígenas para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios.

(Art. 1 del Decreto 882 de 1998)

Artículo 2.5.2.4.1.2 ***De las cuentas por pagar superiores a 30 días calendario.*** Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas con cuentas por pagar superiores a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago, no podrán:

1. Realizar nuevas afiliaciones, salvo los beneficiarios de aquellos afiliados que se

encontraban cotizando tratándose de régimen contributivo y los recién nacidos en el régimen subsidiado.

2. Realizar mercadeo de sus servicios con el objeto de obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados.

3. Afectar el flujo de ingresos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación para cancelar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.

4. Realizar cualquier operación de compra o arrendamiento financiero con opción de compra sobre bienes inmuebles y realizar inversiones de cualquier naturaleza como socio o asociado.

Estas entidades adoptarán, dentro de su organización, los procedimientos y mecanismos que garanticen la observancia de lo dispuesto en el presente artículo e informarán de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud.

Sin perjuicio de las acciones de vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud, esta podrá informar a los usuarios a través de medios de comunicación de amplia circulación nacional, las entidades cuyas afiliaciones se encuentren suspendidas.

(Art. 2 del Decreto 882 de 1998)

Artículo 2.5.2.4.1.3 ***De las cuentas por pagar superiores a 60 días calendario.*** Cuando las entidades a que se refiere la presente Sección, tengan cuentas por pagar por bienes y servicios de salud superiores a 60 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, además de las medidas antes mencionadas, los afiliados dentro del régimen contributivo quedaran en libertad de trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud, sin sujetarse al régimen de movilidad general, siempre que se encuentren al día en el pago de sus obligaciones y surtan los trámites formales dispuestos en las normas legales.

Cuando se trate de entidades administradoras del régimen subsidiado, estarán obligadas a realizar la cesión de sus contratos a cualquiera de las administradoras del régimen que tenga capacidad para ello y le trasladaran inmediatamente los recursos del aseguramiento por los meses que faltan hasta la terminación del contrato. Cuando la entidad se abstenga de realizar estas operaciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar la cesión, de conformidad con las normas vigentes.

(Art. 3 del Decreto 882 de 1998)

TÍTULO 3
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo 1
Normas generales sobre prestadores de servicios de salud

Artículo 2.5.3.1.1 ***Verificación de derechos de los usuarios.*** La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista hasta que el Sistema de Afiliación Transaccional inicie su operación. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

(Art. 11 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.2 ***Tarifa a los usuarios.*** Las entidades prestadoras de servicios de salud se abstendrán de discriminar al usuario afiliado al sistema de seguridad social en salud, en especial, cuando se trate de procedimientos o medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud. Bajo este principio, las tarifas que le apliquen deberán ser notificadas previamente al usuario y no podrán ser superiores en más de un treinta por ciento (30%) de aquellas que la institución aplica en promedio ponderado a las entidades aseguradoras que den cobertura a esta clase de servicios.

Estas tarifas deberán estar disponibles para el usuario y para las entidades de control.

(Art. 4 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.5.3.1.3 ***Solicitud de servicios electivos.*** Sin perjuicio del artículo 14 de la Ley 1751 de 2015, si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de

salud tienen establecido como requisito la autorización, esta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 15 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.4 ***Respuesta de autorización de servicios electivos.*** Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

(Art. 16 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.5 ***Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS.*** Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud. Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

(Art. 19 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.6 ***Registro Individual de Prestaciones de Salud, RIPS.*** El Ministerio de Salud y Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud, RIPS.

(Art. 20 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.7 Autorizar a los fondos del sector público que a continuación se relacionan, para que continúen prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Fondo de Salud de la Universidad de Córdoba con domicilio en la ciudad de Montería.

2. Fondo de Pasivo Social de la Empresa Puertos de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá.D.C.

3. Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C.

4. Fondo Prestaciones de la Universidad de Nariño, con domicilio en la ciudad de Pasto.

Parágrafo. Los Fondos que se refiere el presente artículo, solo podrán continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a las respectivas entidades y dependencias en la fecha de iniciación de la vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el periodo de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción a aquellas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

(Art. 1 del Decreto 489 de 1996)

Capítulo 2
Atención de urgencias, emergencias y desastres

Artículo 2.5.3.2.1 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo se aplicarán a todas las entidades prestatarias de servicios de salud, públicas y privadas.

(Art. 1 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.2 ***De la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias.*** Todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

(Art. 2 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.3 ***Definiciones.*** Para los efectos del presente Título, adóptanse las siguientes definiciones:

1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. Atención inicial de urgencia. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para esa unidad.

5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

(Art. 3 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.4 ***De las responsabilidades de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencia.*** Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

(Art. 4 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.5 **Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage".** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

(Art. 10 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.6 ***Informe de la atención inicial de urgencias.*** Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención

inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.7 ***Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.*** Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

1. Para atención subsiguiente a la atención de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud;

2. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Parágrafo 1. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestadora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

(Art. 14 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.8 ***De la formación del recurso humano y de la educación de la comunidad.*** Las direcciones departamentales y municipales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbimortalidad y siempre con miras a

estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social colaborará con las entidades y organizaciones competentes de la educación superior, en la formulación de las políticas de formación de recurso humano de acuerdo con las necesidades del sector salud en el área de las urgencias, en los campos de la atención, la investigación y administración de las mismas.

(Art. 5 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.9 ***De los comités de urgencias.*** Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo asesor del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.

Parágrafo. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un Comité de Urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación.

(Art. 6 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.10 El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguientes funciones:

a. Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología;

b. Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias;

c. Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos;

d. Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias;

e. Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias;

f. Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de Salud y Protección Social como organismo rector del sistema de salud.

(Art. 7 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.11 El Comité Nacional de Urgencias estará Integrado por:

a. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá;

b. Un representante de las facultades o escuelas de medicina;

c. El Presidente del Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias o su delegado;

d. Un representante de la Superintendencia Nacional de Salud;

e. El Presidente de la Cruz Roja Colombiana o su delegado;

f. El Director Nacional para la Atención de Desastres del Ministerio de Gobierno;

g. Un representante de la Unión de Aseguradores Colombianos, Fasecolda.

(Art. 8 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.12 La instalación y funcionamiento del Comité Nacional de Urgencias es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social. A nivel seccional, distrital y local lo será del jefe de la Dirección Seccional de Salud o Local respectiva.

(Art. 9 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.13 ***De los aspectos administrativos y financieros.*** Las direcciones departamentales y municipales de salud destinarán un porcentaje de su presupuesto para el pago de la atención inicial de urgencia absoluta de recursos para cubrir el costo de tales servicios.

(Art. 10 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.14 ***Ajustes administrativos y financieros de las instituciones del sector salud.*** Todas las instituciones del sector salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento del presente capítulo.

(Art. 12 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.15 ***De las Sanciones.*** A todas las instituciones, entidades y personas a que se refiere el presente Capítulo y que incumplan las normas previstas en el mismo, se les aplicarán las sanciones establecidas en la ley, con sujeción al procedimiento previsto en el Código Contencioso Administrativo.

(Art. 13 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.16 ***Proceso de referencia y contrarreferencia.*** El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

(Art. 17 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.17 ***Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres.*** Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE.

(Art. 18 del Decreto 4747 de 2007)

Capítulo 3
Niveles de atención, tipos de servicio y grados de complejidad

Artículo 2.5.3.3.1 ***Nivel de atención.*** Para efectos de lo dispuesto en este Capítulo, se entiende por nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud a través de una o varias entidades para satisfacer las necesidades de salud de su población.

(Art. 1 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.2 ***Grados de complejidad.*** Los servicios que organicen las entidades se clasificarán en grados de complejidad con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos en el país y mantener la calidad en la prestación de servicios.

(Art. 3 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.3 ***Criterios de clasificación de entidades de primer nivel.*** La clasificación de las entidades como de primer nivel responde a que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

a. Base poblacional del municipio o municipios a, cubrir;

b. Cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio;

c. Frecuencia del problema que justifique el servicio;

d. Tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad;

e. Atención por personal profesional general, técnico y auxiliar.

(Art. 6 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.4 ***Administración entidades de primer nivel.*** Las entidades clasificadas como de primer nivel, podrán ser administradas por los departamentos en virtud del principio de subsidiariedad conforme a las normas vigentes.

(Art. 7 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.5 ***Criterios de clasificación de entidades de segundo nivel.*** Las entidades se clasificarán como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios:

a. Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad;

b. Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel;

c. Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios;

d. Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad;

e. Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención;

f. Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

(Art. 8 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.6 ***Criterios de clasificación de entidades de tercer nivel.*** Para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

a. Frecuencia de los fenómenos o patología que Justifique los servicios correspondientes;

b. Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;

c. Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;

d. Tecnología requerida de la más alta complejidad;

e. Atención por personal especializado y subespecializado responsable de la prestación de los servicios;

f. Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

(Art. 9 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.7 ***Administración entidades de segundo y tercer nivel.*** Las entidades clasificadas como de segundo y tercer nivel podrán ser administradas por los municipios con base en el principio de complementariedad conforme a las normas vigentes.

(Art. 10 del Decreto 1760 de 1990)

Capítulo 4
Contratación

Artículo 2.5.3.4.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

(Art. 1 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2 ***Campo de aplicación.*** El presente Capítulo aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente Capítulo deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

(Art. 2 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.3 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

1. Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente Capítulo, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;

2. Entidades responsables del pago de servicios de salud. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales;

3. Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos;

4. Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia;

5. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica;

6. Acuerdo de voluntades. Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas

naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

(Art. 3 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.4 ***Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud.*** Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

1. Pago por capitación. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas;

2. Pago por evento. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente;

3. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

(Art. 4 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.5 ***Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.*** Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

1. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

a. Habilitación de los servicios por prestar.

b. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.

c. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.

d. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

a. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

b. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.

c. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.

d. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.

e. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

f. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

Parágrafo 1. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2. Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Parágrafo 3. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

(Art. 5 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.6 ***Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.*** Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.

2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.

3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

4. Servicios contratados.

5. Mecanismos y forma de pago.

6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.

7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.

8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.

9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.

10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.

11. Mecanismos para la solución de conflictos.

12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa

vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Pamec, de cada uno de los actores, definido en los artículos 2.5.1.4.1 a 2.5.1.4.9 del presente decreto o la norma que los adicione, modifique o sustituya.

(Art. 6 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.7 ***Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación.*** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo presente decreto anterior, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.

2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.

3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.

4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluídos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Metas de cobertura, resolutividad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.

6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

Parágrafo 1. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Parágrafo 2. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

(Art. 7 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.8 ***Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.*** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 2.5.3.4.6 del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.

2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 2.5.3.1.5 del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.9 ***Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud.*** Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

(Art. 9 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.10 ***Soportes de las facturas de prestación de servicios.*** Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades

responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 21 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.11 Acceso a la historia clínica. Las entidades administradoras de recursos del sistema general de seguridad social en salud tales como EPS del régimen subsidiado o contributivo, ARL, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación.

(Art. 5 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.5.3.4.12 ***Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 22 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.13 ***Reconocimiento de intereses.*** En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

(Art. 24 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.14 ***Registro conjunto de trazabilidad de la factura.*** Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

(Art. 25 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.15 ***Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras.*** La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos

por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

(Art. 26 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.16 ***Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud.*** Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

(Art. 27 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.17 ***Período de transición.*** Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo del presente Capítulo, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten.

Parágrafo. Los acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago de los servicios de salud y prestadores de servicios de salud que se encuentren en curso al 7 de diciembre de 2007, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación. En caso de que los acuerdos de voluntades sean prorrogados, las prórrogas deberán ajustarse a lo aquí dispuesto.

(Art. 28 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.18 ***Vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en los artículos anteriores y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

(Art. 29 del Decreto 4747 de 2007)

Capítulo 5
Valor de los servicios de salud por incrementos en la UPC

Artículo 2.5.3.5.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto establecer los criterios para la fijación de los incrementos del valor de los servicios de salud acordados o que se llegaren a acordar entre las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, así como las demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS públicas o privadas, cualquiera que sea la modalidad pactada para la prestación de servicios de salud, en virtud de los incrementos del valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC que defina la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien

haga sus veces, siempre que dicho incremento no corresponda a una inclusión o actualización de los Planes Obligatorios de Salud -POS de cualquier régimen.

Parágrafo. Para efectos de dar cumplimiento al presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad competente, al definir el valor de la UPC para cada año, deberá publicar la proyección del incremento porcentual resultante de la aplicación del valor de la UPC definida, ajustada por ponderadores para cada EPS o EOC, así como la estructura de los incrementos, precisando cuáles corresponden al costo de las actualizaciones o de unificación del POS y cuáles responden a los servicios que ya se venían prestando.

(Art. 1 del Decreto 1464 de 2012)

Artículo 2.5.3.5.2 ***Criterios para la definición del incremento en el valor de los servicios de salud.*** Los incrementos a que refiere el presente Capítulo, deberán realizarse con sujeción a los siguientes criterios:

1. El incremento se aplicará sin excepción a todas las IPS públicas o privadas.

2. Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de igual calidad, el incremento sea igual.

3. Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan.

4. El incremento deberá guardar proporcionalidad con el ajuste que se reconozca para mantener el valor adquisitivo de la UPC sin tener en cuenta el incremento derivado de nuevos servicios que se pudieran incluir en el plan de beneficios por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

5. Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMD

6. Para el incremento de los contratos de capitación en los que se pacte como pago un porcentaje de la UPC, deberá excluirse el incremento de la UPC que corresponda a actualizaciones al plan obligatorio de salud, toda vez que la EPS con cargo a este incremento deberá financiar las nuevas prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud

(Art. 2 del Decreto 1464 de 2012)

Artículo 2.5.3.5.3 ***Incremento del valor de los servicios.*** El valor de los servicios de salud se incrementará tomando como base los criterios señalados en el artículo anterior, una vez entre en vigencia el ajuste del valor de la Unidad de Pago por Capitación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

Parágrafo 1. Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrada en vigencia del ajuste del valor de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las

Entidades Obligadas a Compensar -EOC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS públicas o privadas, no efectúan el ajuste del valor de los servicios de salud, estos se incrementarán en el porcentaje establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, para recuperar el valor adquisitivo de la UPC que financien los servicios que estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

(Art. 3 del Decreto 1464 de 2012)

Capítulo 6
Régimen tarifario

Artículo 2.5.3.6.1 ***Campo de aplicación.*** El Anexo Técnico 1 del presente decreto será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes.

Parágrafo. Los contratos para la prestación de otros servicios de salud, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, se pagarán de acuerdo con las tarifas acordadas, para lo cual se tendrán como referencia las establecidas en el Anexo Técnico 1 del presente decreto.

(Art. 1 del Decreto 2423 de 1996, modificado por el artículo 1 del Decreto 887 de 2001)

Capítulo 7
Condiciones sanitarias de las instituciones prestadoras del servicio de salud

Artículo 2.5.3.7.1 ***Definición.*** Para efectos del presente Capítulo se definen como establecimientos hospitalarios y similares, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.

(Art. 1 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.2 ***Modalidad de instituciones prestadoras de servicio de salud.*** Las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad.

(Art. 2 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.3 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo se aplicarán a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Cuando no se indique expresamente, debe entenderse la obligatoriedad de los requisitos para todas las instituciones prestadoras de servicio de salud.

(Art. 3 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.4 ***Objeto de las medidas de seguridad***. Las medidas de seguridad tienen por objeto prevenir e impedir que la ocurrencia de un hecho o la existencia de una situación atenten contra la salud de las personas.

(Art. 10 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.5 ***Ejecución de las medidas de seguridad***. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplican sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Estas medidas se levantan cuando se compruebe las causas que los originaron.

(Art. 11 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.6 ***Efectos de las medidas de seguridad***. Las medidas de seguridad surten efectos inmediatos, contra ellas no procede recurso alguno y no requieren formalidades especiales.

(Art. 12 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.7 De cuáles son las medidas de seguridad De acuerdo con el Artículo 576 de la Ley 09 de 1979, son medidas de seguridad, entre otras, las siguientes:

La clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial.

La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.

(Art. 13 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.8 ***Clausura temporal de las instituciones prestadoras de servicios de salud***. Consiste en impedir por un tiempo determinado la realización de las actividades que se desarrollan en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando se considere que se está atentando contra la salud de las personas. La clausura podrá aplicarse a todo o parte del establecimiento o de la institución prestadora de servicios de salud.

(Art. 14 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.9 ***Suspensión total o parcial de trabajos o servicios***. Consiste en la orden de cese de las actividades o servicios en un establecimiento o institución prestadora de servicios de salud, cuando con ellos se estén violando las disposiciones previstas en las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse en forma parcial o total.

(Art. 15 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.10 ***Aplicación de las medidas de seguridad***. Para la aplicación de las medidas de seguridad la Dirección Departamental, Distrital o

Municipal de salud autorizada para ello, o su equivalente, podrá actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o de parte interesada.

(Art. 16 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.11 ***Comprobación de los hechos.*** Una vez conocido el hecho o recibida la información, según el caso, la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de salud autorizada para ello, o su equivalente, procederá a comprobarlo y establecer la necesidad de aplicar una medida de seguridad con base en los peligros que se puedan presentar para la salud individual o colectiva.

(Art. 17 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.12 ***Análisis de la situación y aplicación de la medida correspondiente.*** Establecida la necesidad de aplicar una medida de seguridad, la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de salud autorizada para ello, o su equivalente, aplicará la medida correspondiente, la cual dependerá del tipo de servicio, del hecho que origina la violación de las normas y de la incidencia sobre la salud individual o colectiva.

(Art. 18 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.13 ***Autoridades competentes.*** La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tiene la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de salud.

Parágrafo. Los funcionarios que deban cumplir las funciones de vigilancia y control serán identificados por sus respectivos cargos.

(Art. 19 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.14 ***De la solemnidad de las medidas de seguridad.*** De la imposición de una medida de seguridad se levantará un acta en la cual conste las circunstancias que han originado la medida y su duración, la cual podrá ser prorrogada.

(Art. 20 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.15 ***Medidas sanitarias preventivas.*** Los anteriores procedimientos serán aplicables, en lo pertinente, cuando se trate de la imposición de las medidas sanitarias preventivas a que se refiere el Artículo 591 de la Ley 09 de 1979.

(Art. 21 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.16 ***Medidas en situaciones de alto riesgo.*** Siempre que se encuentren situaciones de alto riesgo para la salud humana; deberán aplicarse las medidas de seguridad a que haya lugar, hasta cuando desaparezca el riesgo.

(Art. 22 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.17 ***Iniciación del proceso sancionatorio.*** Aplicada una medida de seguridad, se procederá inmediatamente a iniciar el procedimiento sancionatorio. Este procedimiento se adelantará aplicando las disposiciones previstas en el Capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

(Art. 23 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.18 ***De cuáles son las sanciones.*** De conformidad con el Artículo 577 de la Ley 09 de 1979, las sanciones son entre otras:

a. Amonestación;

b.Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales;

c. Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo.

(Art. 24 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.19 ***Amonestación***. Consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado una disposición sanitaria, sin que dicha violación implique peligro para la salud o la vida de las personas. Tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión, y conminar con que se impondrá una sanción mayor si se reincide.

En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas, si es el caso.

Parágrafo. La amonestación podrá ser impuesta por la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de salud autorizada para ello, o su equivalente, a través de la autoridad competente.

(Art. 25 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.20 ***Multa.*** Consiste en la pena pecuniaria que se impone a alguien por la ejecución de una actividad o la omisión de una conducta, contrarias a las disposiciones contenidas en el presente Capítulo.

(Art. 26 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.21 ***Caracteristicas y monto de las multas.*** Las multas podrán ser sucesivas y su valor en conjunto no excederá de una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales.

(Art. 27 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.22 ***Competencia para imponer las multas.*** Las multas serán impuestas mediante resolución motivada expedida por el jefe de la Dirección Departamental, Distrital o Local de salud respectiva.

(Art. 28 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.23 ***Pago de multas.*** Las multas deberán pagarse en tesorería o pagaduría de la entidad que la hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia correspondiente. El no pago en los términos y cuantías señaladas, podrá dar lugar a la cancelación de la autorización de funcionamiento o al cierre de la institución prestadora de servicios de salud. La multa podrá hacerse efectiva por jurisdicción coactiva.

(Art. 29 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.24 ***Cierre temporal o definitivo.*** El cierre de instituciones prestadoras de servicios de salud consiste en poner fin a las tareas que en ellas se desarrollan, por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias.

El cierre es temporal si se impone por un período determinado por la autoridad sanitaria y es definitivo cuando así se indique o no se fije un límite en el tiempo.

El cierre podrá ordenarse para toda institución prestadora de servicios de salud, para un servicio o solo para una parte o proceso que se desarrolle en él.

(Art. 37 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.25 ***Competencia para imponer el cierre temporal o definitivo.*** La sanción de cierre temporal o definitivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se efectuará mediante resolución motivada, expedida por la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de salud.

(Art. 38 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.26 ***Consecuencias del cierre total.*** El cierre total y definitivo implica la cancelación de la autorización que se hubiere concedido en los términos del presente Capítulo.

(Art. 39 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.27 ***Prohibición de desarrollar actividades***. A partir de la ejecutoria de la resolución por la cual se imponga el cierre total, no podrá desarrollarse actividad alguna en la edificación o servicio. Si el cierre es parcial no podrá desarrollarse actividad alguna en la zona o sección cerrada.

(Art. 40 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.28 ***Puesta en práctica del cierre de la institución prestadora de servicios de salud.*** La autoridad sanitaria podrá tomar las medidas

pertinentes a la ejecución de la sanción, tales como imposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

(Art. 41 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.29 ***Iniciación del procedimiento sancionatorio.*** El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información, por denuncia o queja debidamente fundamentada, presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida preventiva o de seguridad. Este procedimiento se adelantará aplicando las disposiciones previstas en el Capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

(Art. 42 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.30 ***Vínculo entre las medidas preventivas, de seguridad y el procedimiento sancionatorio.*** Aplicada una medida preventiva o de seguridad, esta y los antecedentes deberán obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

(Art. 43 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.31 ***Intervención del denunciante en el procedimiento sancionatorio.*** El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le requieran o aportar pruebas.

(Art. 44 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.32 ***De la obligación de denunciar posibles delitos.*** Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio fueren constitutivos de delito, se ordenará ponerlos en conocimiento de la autoridad competente, acompañándole copia de los documentos que corresponda.

(Art. 45 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.33 ***De la coexistencia de otros procesos en el procedimiento sancionatorio***. La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a suspensión del proceso sancionatorio.

(Art. 46 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.34 ***De la orden de adelantar la investigación.*** Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación, para verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias.

(Art. 47 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.35 ***De la verificación de los hechos.*** En orden a la verificación de los hechos u omisiones, podrán realizarse diligencias tales como visitas, mediciones, y en general las que se consideren conducentes.

(Art. 48 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.36 ***Compatibilidad de las sanciones y de las medidas sanitarias.*** El cumplimiento de una sanción no exime al infractor de una obra o medida de carácter sanitario que haya sido ordenada por la autoridad sanitaria.

(Art. 63 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.37 ***Publicidad del incumplimiento de las disposiciones sanitarias.*** La Dirección Departamental, Distrital o Municipal de salud autorizada para ello, o su equivalente, darán a la publicidad los hechos que, como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias, deriven riesgos para la salud humana, con el objeto de prevenir a la comunidad.

(Art. 64 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.38 ***Compatibilidad de las sanciones***. Las Sanciones impuestas de conformidad con las normas del presente Capítulo, no eximen de la responsabilidad civil, penal o de otro orden en que pudiere incurrirse con la violación a las normas sanitarias correspondientes.

(Art. 65 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.39 ***Traslado de diligencias por incompetencia.*** Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una autoridad sanitaria, se encuentre que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad sanitaria, deberán remitirse a esta copia de lo actuado.

(Art. 66 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.40 ***Comisiones para practicar pruebas.*** La autoridad sanitaria podrá comisionar a entidades que no formen parte del Sistema Nacional de Salud, para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento adelantado por la autoridad sanitaria.

(Art. 67 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.41 ***Acumulación de tiempo para los efectos de las sanciones.*** Cuando una sanción se imponga por un período de tiempo, éste empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la sanción que la imponga y se computará, para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

(Art. 68 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.42 ***Carácter policivo de las autoridades sanitarias.*** Para efectos de la vigilancia y el cumplimiento de las normas sanitarias y la imposición de medidas y sanciones, los funcionarios competentes en cada caso, serán considerados como de policía, de conformidad con el Artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

Parágrafo. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental o municipal prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias, en orden al cumplimiento de sus funciones.

(Art. 69 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.7.43 ***Obligación de prevenir sobre la existencia y el cumplimiento de las normas.*** La Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud competente, podrá en cualquier tiempo, informar del contenido de las disposiciones sanitarias y los efectos y sanciones que conlleve su incumplimiento, con el objeto de que las actividades, conductas, hechos u omisiones se ajusten a lo establecido en ellas.

(Art. 70 del Decreto 2240 de 1996)

Capítulo 8
Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud

Sección 1. Infraestructura Hospitalaria

Artículo 2.5.3.8.1.1 ***Ámbito de aplicación***. Los siguientes artículos tienen por objeto regular los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos, y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación o con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

(Art. 1 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.2 ***De la infraestructura hospitalaria.*** Para los efectos del mantenimiento se entiende por infraestructura hospitalaria los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones.

(Art. 2 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.3 ***De la dotación hospitalaria***. Para los efectos de la actividad de mantenimiento, la dotación hospitalaria comprende: el equipo industrial de uso hospitalario, el equipo biomédico, los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales, y los equipos de comunicaciones e informática.

(Art. 3 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.4 ***Del equipo industrial de uso hospitalario.*** Hacen parte del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, los equipos de lavandería y cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aire acondicionado y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

(Art. 4 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.5 ***Del equipo biomédico***. Se entiende por equipo biomédico todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas; desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

(Art. 5 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.6 ***Del equipo de comunicaciones e informática.*** Hacen parte del equipo de comunicaciones e informática: el equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario.

(Art. 6 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.7 ***El mantenimiento hospitalario.*** Por mantenimiento hospitalario se entiende la actividad técnico-administrativa dirigida principalmente a prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo.

(Art. 7 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.8 ***Los Recursos Financieros.*** Los recursos financieros destinados para el mantenimiento solo podrán ser usados en infraestructura y dotación de propiedad de la institución hospitalaria.

(Art. 8 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.9 ***Presupuesto.*** Tratándose de hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento.

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus

ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario los ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo 38 del Decreto 2649 de 1993.

Parágrafo. En todo caso, el representante legal de la entidad remitirá a más tardar el treinta (30) de enero de cada año, certificación suscrita con su firma y con la del revisor fiscal, en la que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto utilizado en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre inmediatamente anterior, con destino a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 9 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.10 ***La Contabilidad.*** La contabilidad relativa a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria, deberá seguir los lineamientos contenidos en el Plan Único de Cuentas Hospitalario expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 10 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.11 ***La Inspección, Vigilancia y Control.*** Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control de la asignación y utilización del presupuesto, para las actividades de mantenimiento, por parte de los hospitales e imponer las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 11 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Artículo 2.5.3.8.1.12 ***Plan de Mantenimiento.*** El jefe del servicio de mantenimiento y el Director del hospital, deberán elaborar anualmente sus planes de mantenimiento en los cuales indique las actividades a desarrollar y su presupuesto.

(Art. 12 del Decreto 1769 de 1994, reglamentario del art. 189 de la Ley 100 de 1993 según lo establecido en el Decreto 1617 de 1995)

Sección 2. Reporte de información de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud

Artículo 2.5.3.8.2.1 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** Las disposiciones contenidas en los artículos siguientes tienen por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

(Art. 1 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.2 ***Entidades responsables del reporte de información.*** Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud deben presentar a la respectiva dirección departamental de salud la información que conjuntamente soliciten el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, en los instrumentos y bajo los procedimientos que para tal fin definan conjuntamente estas dos entidades.

Las direcciones departamentales y distritales de salud deben consolidar, validar y presentar la información remitida por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social y a la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación, dentro de los plazos definidos en el presente acápite.

Parágrafo. Para efectos del reporte de la información correspondiente a las vigencias 2004 y siguientes, en el caso de los municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios en los términos del parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, los directores municipales de salud de estos municipios deberán solicitar y validar la información de que trata la presente Sección, correspondiente a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de carácter municipal y garantizar su envío a la dirección departamental de salud correspondiente dentro de los plazos previstos en el esta misma Sección.

(Art. 2 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.3 ***De la información.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación establecerán mediante circular conjunta, las características de la información que será reportada por las entidades obligadas a presentarla, la cual incluirá variables de carácter contable, presupuestal, financiero, de capacidad instalada, recurso humano, calidad y producción de servicios, así como los instrumentos y procedimientos para su presentación.

La información solicitada deberá ser certificada y firmada por el gerente o director de la institución pública prestadora de servicios de salud, y el director departamental, municipal o distrital de salud.

(Art. 3 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.4 ***De la periodicidad y los plazos para la entrega de la información.*** La información contable, presupuestal y financiera, de capacidad instalada, recurso humano y calidad, deberá ser remitida por las direcciones departamentales y distritales de salud, anualmente al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación a más tardar el 30 de abril de la vigencia siguiente.

La información de producción, cuentas por pagar y cuentas por cobrar deberá remitirse al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación trimestralmente para los períodos enero a marzo, abril a junio, julio a

septiembre, octubre a diciembre, de cada vigencia, a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la finalización de cada trimestre.

(Art. 4 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.5 ***De la obligatoriedad del reporte de la información para acceder a programas de inversión de la Nación y de las entidades territoriales.*** El reporte integral y oportuno de la información, por parte de las entidades de que trata el artículo 2.5.3.8.2.2 del presente decreto, en los plazos y bajo los procedimientos aquí establecidos, es de carácter obligatorio y se constituye en requisito indispensable para acceder a los programas de inversión en salud del orden nacional y territorial.

Será requisito para acceder al Programa de Mejoramiento de la Red Nacional de Urgencias y Atención de Emergencias Catastróficas y Accidentes de Tránsito de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y al Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud, el cumplimiento del reporte oportuno de la información de que trata la presente Sección, con la calidad e integralidad de la información reportada.

Se exceptúa de lo establecido en el anterior inciso, el apoyo que se brinda en situaciones de emergencia o desastres.

Así mismo, la información a que se refiere la presente Sección constituye requisito para el cumplimiento de lo establecido en el Parágrafo 3 del artículo 54 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 5 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.6 ***Obligatoriedad y divulgación.*** Corresponde a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, en desarrollo de sus propias competencias, cumplir y hacer cumplir en su respectiva jurisdicción las disposiciones establecidas en la presente Sección y efectuar su divulgación para el cabal cumplimiento de su objeto.

Cuando las direcciones departamentales o distritales de salud no remitan la información en los términos y plazos previstos en la presente Sección, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación deberán informar a los organismos de vigilancia y control correspondientes para que se adelanten las acciones a que haya lugar.

(Art. 6 del Decreto 2193 de 2004)

Sección 3. Prestación de servicios de salud en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional

Subsección 1. Prestación de servicios de salud en lugares en los que solo el Estado tiene capacidad

Artículo 2.5.3.8.3.1.1 ***Objeto.*** La presente Subsección tiene por objeto establecer disposiciones para garantizar la prestación de servicios de salud en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud.

Para los efectos del presente decreto se entenderá que solo el Estado está en capacidad de prestar los servicios de salud cuando la oferta de servicios se sustenta en la infraestructura pública a través de la cual se prestan los servicios trazadores en los términos de la presente Subsección, independientemente de su modalidad de gestión, en los departamentos a cuya jurisdicción territorial solo se pueda acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo.

(Art. 1 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.2 ***Oferta de servicios trazadores.*** Se considerarán servicios trazadores para efectos de la presente Subsección los siguientes:

a) Baja Complejidad: urgencias, obstetricia y consulta externa, cuando la IPS no tenga habilitados otro tipo de servicios.

b) Media y alta complejidad: urgencias, obstetricia, hospitalización cirugía general o pediátrica, cirugía ortopédica, neurocirugía, cirugía oncológica (adulto y pediátrica), oncología clínica, cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatal, unidad de quemados, hospitalización en salud mental y urgencias en salud mental.

(Art. 2 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.3 ***Planes Financieros Territoriales de Salud.*** En aplicación del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los departamentos deberán determinar en el Plan Financiero Territorial de Salud avalado por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, los recursos disponibles del Sistema General de Participaciones y otros recursos propios para financiar lo dispuesto en la presente Subsección, siempre que se evidencie en dicho plan que se encuentra financiada la prestación del servicio de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Así mismo, el departamento deberá certificar ante el Ministerio de Salud y Protección Social que se cumplen las condiciones de la presente Subsección.

(Art. 3 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.4 ***Ejecución de los recursos.*** Las entidades territoriales que asignen recursos de los que trata la presente Subsección podrán ejecutarlos para garantizar la prestación de servicios a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que gestionen la infraestructura pública de propiedad de la entidad territorial. Para la ejecución se deberán definir las obligaciones a cargo de la ESE o de la IPS, a través del mecanismo de contratación que corresponda, estableciendo como mínimo las metas de producción de servicios que garanticen la calidad y resolutividad, el mantenimiento del portafolio de servicios establecido en el marco del diseño de la red aprobada al departamento, la realización de acciones de cobro a las entidades

a las cuales venden servicios y la forma en que la entidad territorial concurre directamente al financiamiento del gasto requerido para la garantía de la prestación de los servicios.

(Art. 4 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.5 ***Reporte de información.*** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado y la entidad territorial, deberán reportar información en los términos y condiciones que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 5 del Decreto 2273 de 2014)

Subsección 2. Aseguramiento en el Departamento del Guanía

Artículo 2.5.3.8.3.2.1 **Objeto**. La presente Subsección tiene por objeto definir los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a través de un modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y fortalecer el aseguramiento en el departamento de Guainía.

(Art. 1 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.2 ***Campo de aplicación.*** El modelo de atención en salud y prestación de los servicios de salud, así como el modelo de aseguramiento que se adopta mediante la presente Subsección, se aplicará a la población del departamento de Guainía y a los integrantes del SGSSS.

(Art. 2 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.3 ***Definiciones***. Para efectos de aplicación de la presente Subsección, se definen los siguientes términos:

1. Institucionalidad Indígena en Salud: Es la instancia de los pueblos indígenas para la gestión y prestación de los servicios de salud en los territorios indígenas del departamento de Guainía.

2. Agentes Médicos Tradicionales Indígenas en Salud: Son las personas portadoras de los conocimientos y saberes ancestrales en salud de los pueblos indígenas del departamento de Guainía, representados en payés, sanadores, sobanderos, parteras y médicos tradicionales, entre otros.

(Art. 3 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.4 ***Del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.*** Por medio de la presente Subsección se adoptará un modelo de atención en salud y prestación de salud para el departamento de Guainía, con un enfoque fundado en el principio de diversidad étnica y cultural, con la familia y la comunidad como ejes fundamentales del proceso que articule los actores del

SGSSS de manera que se garantice real y efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud.

La formulación del modelo responderá a lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y en el Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta la estrategia de Atención Primaria en Salud y su implementación se realizará de manera gradual en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento. La implementación se realizará en concertación con los pueblos indígenas, a través de sus instancias representativas.

El modelo estará conformado por los siguientes componentes:

1. Identificación y focalización del riesgo de la población en el contexto de la diversidad étnica y sociocultural del departamento de Guainía.

2. Planeación, seguimiento y evaluación de las acciones para la atención a la población según el riesgo en salud, con la participación del asegurador, los Prestadores de Servicios de Salud, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud.

3. Gestión de la integración interadministrativa y técnica de la red de servicios existente y su complementariedad con redes externas de tercero y cuarto nivel, para lo cual podrá incluir un hospital universitario, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención.

4. Definición de esquemas de contratación que incluya la totalidad de los prestadores que hagan parte de la red que para el efecto se establezca, los cuales deberán contener mecanismos de pago concertados que incentiven la calidad, asociados a la atención integral de la población y a su condición étnica y cultural diversa.

5. Registro de información que contenga las particularidades étnicas y culturales que involucre la morbilidad y mortalidad propias de los pueblos indígenas, que refleje el perfil epidemiológico de los diferentes grupos étnicos del departamento.

(Art. 4 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.5 ***De la estrategia de Atención Primaria en Salud en el modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.*** El modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud se fundamentará en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual deberá contener, para el departamento de Guainía, los siguientes elementos:

1. Organizar la población a cargo de grupos integrados de cuidado, de acuerdo con las áreas definidas por el departamento y la Institucionalidad Indígena en Salud. Estos grupos serán responsables del cuidado y seguimiento de las condiciones de salud de la población asignada.

2. Garantizar la participación comunitaria efectiva en la construcción y adecuación constante del modelo, mediante el Análisis de Situación de Salud (ASIS), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), así como la definición de

prioridades, articulación de saberes y tradiciones según la especificidad etnocultural, los planes de vida construidos autónomamente por los pueblos indígenas y en la evaluación permanente del modelo, con la participación de los pueblos indígenas a través de sus instancias representativas, constituyendo los Comités de Participación Indígena (COPIA).

3. Garantizar la articulación inter e intrasectorial para la intervención en los determinantes de la salud de la población.

4. Garantizar la resolutividad en la prestación de servicios de salud, con políticas de talento humano, infraestructura y tecnología en salud, en todos los niveles, desde lo preventivo individual y comunitario, hasta lo curativo, garantizando la conformación de una red de prestadores primarios y complementarios, mediante contrato con un Hospital Universitario, o de alta complejidad, que resuelva las situaciones de salud desde la atención de lo preventivo individual y comunitario hasta lo reparativo y curativo de alta complejidad, en concertación con la instancia representativa de los pueblos indígenas.

5. Diseñar e implementar un sistema que permita monitorear y hacer seguimiento a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a su cargo. Este sistema debe permitir la evaluación de cumplimiento de metas y de resultados en salud acorde con la realidad sociocultural del departamento.

(Art. 5 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.6 ***Desarrollo del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.*** La Entidad Promotora de Salud (EPS) autorizada habilitada para operar el aseguramiento en el departamento de Guainía, de acuerdo con los componentes que integran el modelo de atención en salud y prestación de servicios en salud, desarrollarán las siguientes acciones:

1. Visitas a las viviendas y a comunidades del área de influencia de los puestos y centros de salud: Incluye actividades de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), saneamiento básico, historia familiar e individual con enfoque etnocultural y educación en salud, entre otras.

2. Equipos extramurales: Organización de equipos extramurales de la Institucionalidad Indígena en Salud que apoyen permanentemente en las intervenciones individuales y colectivas, desde el hospital hacia los centros, y desde los centros a los puestos de salud, con el recurso humano que garantice las intervenciones a la población de sus áreas de influencia. Adicionalmente, contarán con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud.

3. Equipos intramurales: Organización de equipos intramurales que garanticen las atenciones e intervenciones producto de la demanda, con capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud sin necesidad de trasladar a los pacientes o disminuyendo al máximo posible las remisiones innecesarias. Adicionalmente, podrán contar con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud, si los hubiere.

4. Brigadas en salud: Conformación de equipos de especialistas para resolver los problemas de salud específicos según las condiciones epidemiológicas de la población e indicadores en salud, previos tamizajes realizados en las diferentes áreas en las que se organice el departamento. Las brigadas en salud contarán con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud.

Parágrafo. La periodicidad de las acciones descritas en el presente artículo, se deberán sujetar a las normas técnicas y administrativas que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, además de la concertación previa con las comunidades, a través de su instancia representativa.

(Art. 6 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.7 ***Fortalecimiento de la participación comunitaria.*** La red de prestación de servicios en salud debe apoyarse en la participación comunitaria real y efectiva y contar con una articulación entre la comunidad, sus autoridades, sus organizaciones y los prestadores de servicios de salud, que tendrán una población asignada para la realización de actividades promocionales, preventivas, educativas y curativas. La participación comunitaria, a partir de la Institucionalidad Indígena en Salud, tendrá en cuenta lo siguiente:

1. La cartografía social y su uso en salud, para conocer las épocas de pesca, ciclos agrícolas y el calendario ecológico.

2. La reflexión sobre las enfermedades tradicionales que permita acciones de mejora desde la perspectiva cultural.

3. El análisis del ciclo vital desde los referentes culturales (etapas del desarrollo del niño, rituales de paso, entre otros).

4. Fortalecimiento de la medicina tradicional y vigilancia epidemiológica comunitaria, que incluya enfermedades tradicionales.

5. Desarrollo de familiogramas adecuados culturalmente y planes familiares de mejoramiento en salud.

6. Mejoramiento de la capacidad resolutiva de los agentes médicos tradicionales indígenas a través de la investigación propia de sus procesos de salud y enfermedad.

7. Adecuación y fortalecimiento de mecanismos para el ejercicio de veedurías ciudadanas y comunitarias en salud.

Parágrafo. Como mecanismo máximo de participación, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la composición, funciones y otros aspectos operativos del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del departamento del Guainía. En su conformación se tendrá en cuenta el factor poblacional y étnico de dicho departamento, con la participación por cuencas hidrográficas.

(Art. 7 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.8 ***Mejora de la capacidad resolutiva.*** La red de servicios de salud se organizará a través de áreas definidas por las cuencas y microcuencas hidrográficas, con poblaciones definidas y caracterizadas, con la participación de los agentes médicos tradicionales en salud de los pueblos indígenas y sus líderes, a través de su Institucionalidad Indígena en Salud. Adicionalmente, deberá tener en cuenta:

1. Cada puesto de salud será responsable de un área con una población aproximada de 1.000 personas, permitiendo a los auxiliares de enfermería autorizar el seguimiento a la realización de consulta y el manejo de medicamentos.

2. El centro de salud que coordina varios puestos de salud, con una población de aproximadamente 5.000 personas, dispondrá de un equipo de salud, el cual contará con el apoyo permanente de un especialista en medicina familiar. Se excluye de este parámetro poblacional los centros y puestos de salud de la Zona de los ríos Cuyari e Isana.

3. Apoyo de especialistas de la Empresa Social del Estado (ESE) del departamento y del hospital de alta complejidad o universitario, al equipo de Salud de los centros y puestos de salud a las brigadas en salud y a la rotación de residentes. Dicho apoyo podrá ser prestado a través de la modalidad de telemedicina.

4. Equipamiento y capacitación de los servicios de salud para aumentar su capacidad resolutiva de los puestos y centros de salud, para que realicen pruebas rápidas de malaria, sífilis, embarazo, HIV, dengue y otras pruebas de laboratorio, así como equipos de ayuda diagnóstica y pruebas de laboratorio necesarios según la situación epidemiológica de la población.

5. Intercambio de saberes y conocimientos permanentes entre los agentes médicos tradicionales de las comunidades indígenas con el objeto de aumentar la capacidad resolutiva de estos para los eventos presentados en sus territorios.

6. La red de servicios de salud será administrada por la Secretaría de Salud y por la Institucionalidad Indígena en Salud, con alta capacidad resolutiva, para lo cual contarán con equipamiento y recurso humano capacitado, así como el apoyo de telemedicina.

7. Cada nivel de prestación contará con responsables del trabajo intramural y extramural, combinando las prestaciones intramurales y extramurales con equipos móviles que se desplazan en su área de influencia.

8. Sin detrimento de la calidad de los servicios de salud, se adaptarán las normas de habilitación, según los lineamientos que para tal fin, disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, orientados a garantizar la resolutividad en la prestación de servicios de salud en el departamento.

Parágrafo. El factor poblacional no será impedimento para que en los territorios indígenas donde no se cumpla el mínimo de población aquí definido, se construyan centros y puestos de salud que se requieran.

(Art. 8 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.9 ***Sistema de información.*** El modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud debe implementar un sistema de información tomando en cuenta las particularidades étnicas y culturales de los pueblos indígenas del Guainía, con información étnica y morbimortalidad, con datos confiables y oportunos, con capacidad para articular la información familiar, comunitaria y étnica, que permita la toma de decisiones sobre el modelo de atención y la operación del aseguramiento en el nivel local y/o departamental. El sistema de información estará articulado al Sistema Integrado de Información del Nivel Nacional (Sispro), contará con unos formularios estándares, que se digitalizarán para lo cual se dispondrá en cada puesto, centro de salud y hospital, las herramientas tecnológicas que permita transferir los archivos en línea.

(Art. 9 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.10 ***Del Talento Humano.*** Para la implementación del modelo de atención en salud y de prestación de servicios de Salud, el departamento, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Institucionalidad Indígena en Salud, según las necesidades y requerimientos en salud, definirá los perfiles y competencias del talento humano que garanticen, la apropiación del modelo y su operativización, formulará un plan de formación, capacitación, utilizando estrategias de formación en servicio y formación regular para agentes médicos tradicionales indígenas en salud, auxiliares en salud pública, auxiliares de enfermería, técnicos, profesionales y especialistas y definirá incentivos que permitan la continuidad y permanencia del talento humano en la región.

(Art. 10 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.11 ***Fuentes y flujo de recursos en el modelo de atención y prestación de servicios de salud.*** El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) girará a la Entidad Promotora de Salud habilitada y a la red de prestadores de servicios de salud las UPC correspondientes a cada uno de sus afiliados de acuerdo con las reglas propias de cada régimen, con o sin situación de fondos, y según los términos pactados en el contrato de prestación de servicios, entre el asegurador y operador o prestadores, incluyendo mecanismos de pago por resultados en salud e incentivos.

La realización de actividades individuales y colectivas PIC, independientemente de su fuente, se articularán y se contratarán con la red de prestadores y, en los territorios indígenas, con la Institucionalidad Indígena en Salud y su control de ejecución se manejarán en cuentas independientes, conforme a la normatividad vigente.

(Art. 11 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.12 ***Esquemas de contratación y pago entre asegurador y prestador.*** Las formas de contratación y mecanismos de pago deberán tener como objeto el cumplimiento del modelo de atención y prestación de servicios establecidos en la presente Subsección. Adicionalmente, los mecanismos de pago deberán asegurar el flujo eficiente y oportuno de los recursos a los prestadores de

salud, los cuales deberán tener en cuenta que el pago se condicionará al desempeño y resultados en salud, de acuerdo con los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.13 ***Del aseguramiento en el departamento de Guainía.*** Para fortalecer la operación del aseguramiento y garantizar, a través del modelo de atención y prestación de servicios, el acceso efectivo a la salud en el departamento de Guanía, la SNS autorizará por un período de cinco (5) años, prorrogable por el mismo término, a la EPS habilitada, que resulte ganadora en el proceso de convocatoria de que trata el artículo 2.5.3.8.3.2.15 del presente decreto, para que opere ambos regímenes.

Parágrafo. La determinación de la prórroga de la autorización de la EPS deberá ser resuelta por la SNS con una antelación no inferior a seis (6) meses, previos al vencimiento de la autorización inicial.

(Art. 13 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.14 ***Información previa a la convocatoria.*** El departamento de Guainía, en coordinación con la Institucionalidad Indígena en Salud, deberá entregar al Ministerio de Salud y Protección Social, de manera previa a la convocatoria, un diagnóstico completo de la red de prestadores en relación con la capacidad real de oferta de servicios de salud, el recurso humano contratado, su situación financiera, sus pasivos laborales, la forma en que se va a garantizar el pago de los pasivos, los planes de inversión y la disponibilidad de recursos de orden nacional o territorial para inversión. Copia de este documento estará disponible para las EPS que estén interesadas.

(Art. 14 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.15 ***Reglas para la autorización de la entidad a cargo del aseguramiento en el departamento.*** La convocatoria para el proceso de selección en el departamento de Guainía de la EPS, tendrá las siguientes reglas:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a la entrega de la información de que trata el artículo 2.5.3.8.3.2.14 del presente decreto, realizará una convocatoria pública nacional, conforme a los términos y condiciones que este defina, incluidos los requisitos que los participantes deberán demostrar para operar el modelo de atención y de prestación del servicio de salud, construidos en coordinación con el delegado por las autoridades indígenas, para seleccionar la EPS que va a operar el modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud y administrar el riesgo de los afiliados pertenecientes al régimen subsidiado y a aquellos afiliados del régimen contributivo que quieran ingresar a la misma.

2. Podrán participar en la convocatoria:

Las EPS habilitadas para operar en el departamento de Guainía.
Las EPS habilitadas en otras entidades territoriales.

Las EPS que manifiesten por escrito su interés en asociarse para presentarse a la convocatoria.
El departamento de Guainía, haciendo uso de los instrumentos jurídicos previstos en la normativa vigente, si decide asociarse con una o varias EPS habilitadas.

El Ministerio solicitará la constitución de garantías por parte de los participantes en la convocatoria.

Las EPS que se presenten a la convocatoria deben estar habilitadas en alguno de los dos regímenes y no encontrarse con medida de intervención por parte de la SNS.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la instancia representativa de los pueblos indígenas del departamento, realizará la evaluación de la EPS y enviará una lista según el puntaje obtenido a la SNS con el fin de llevar a cabo el proceso de autorización, con quien haya obtenido el mayor puntaje, en primer lugar, y en su defecto con el segundo y así sucesivamente. El proceso no se afectará por la existencia de un único participante.

4. La SNS en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, podrá revocar la autorización de la EPS en cualquier momento, en caso de que se presente el incumplimiento en la operación del aseguramiento y el modelo de atención en salud, de que trata la presente Subsección. También se revocará la autorización en el caso de perder la habilitación.

En los casos de revocación de autorización de la EPS, la SNS podrá solicitar que se adelante un nuevo proceso de convocatoria o hacer uso de la lista de elegibles, respetando el orden, para autorizar otra. En este último caso, la EPS de la lista de elegibles deberá manifestar ante la Superintendencia su interés de operar el presente modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud en el departamento del Guainía. Para tal fin, dicha entidad podrá solicitar la actualización de la información para la verificación de los requisitos.

Parágrafo. En todo caso, la participación de la Institucionalidad Indígena en Salud en el proceso de selección de la EPS será de carácter obligatorio, de conformidad con el artículo 17 de la Ley 691 de 2001.

(Art. 15 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.16 ***Traslado de usuarios.*** Una vez autorizada la EPS, la SNS diseñará un mecanismo de traslado de la población afiliada al régimen subsidiado cuya ejecución no podrá superar un plazo de seis (6) meses contados a partir de la autorización. En todo momento deberá garantizarse la continuidad de los tratamientos en curso.

Parágrafo. La población afiliada al régimen contributivo podrá optar por trasladarse a esa EPS.

(Art. 16 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.17 ***Organización de la Red de Prestadores.*** Para la operación del modelo de atención en salud y prestación de servicios en salud que se establece en la presente Subsección, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud presentará al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a la publicación del presente acto, una propuesta de organización de la red de prestadores en la que se incluya el(los) hospital(es) universitario(s), o de alta complejidad, para la respectiva viabilidad, que aseguren la resolutividad y completitud de la atención.

Parágrafo. Con el objeto de garantizar la operación del modelo de prestación de servicios de salud, la **ESE** podrá operar mediante contratación con terceros en los términos del artículo 59 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con la Sentencia C-171 de 2012, especialmente en todos los aspectos del modelo de atención incluidos en los artículos 2.5.3.8.3.2.4 a 2.5.3.8.3.2.12 del presente decreto, con una entidad reconocida técnica y financieramente o con la Institucionalidad Indígena en Salud, siempre que cumpla con dichos requisitos, y en el desarrollo e implementación de la estrategia de APS y actividades de promoción y prevención cuantificables y medibles.

(Art. 17 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.18 ***Financiación de las Empresas Sociales del Estado.*** El departamento de Guainía deberá estimar la necesidad de recursos para el mantenimiento de sus instituciones en aquellos servicios que no son sostenibles únicamente con la venta de servicios, de acuerdo con la metodología establecida en la Resolución número 4015 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Los recursos del Sistema General de Participaciones para atención de lo no cubierto con subsidios a la demanda, se asignarán por el Conpes teniendo en cuenta la necesidad de recursos y la disponibilidad de los mismos.

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el departamento definirá un sistema de pago a los prestadores de servicios de salud de los servicios de salud no cubiertos con los subsidios a la demanda, en el cual el pago efectivo se realice contra el cumplimiento de metas y resultados en salud.

(Art. 18 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.19 ***Auditoría Externa.*** Para la aplicación de la presente Subsección, entiéndase por auditoría para el seguimiento de la operación del modelo de atención y prestación de servicios de salud, así como del aseguramiento en el departamento de Guainía, el proceso de seguimiento y control que de forma permanente y sistemática debe realizar el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera directa o a través de la entidad que se contrate para el efecto.

La auditoría deberá ser técnica y financiera, y hará seguimiento y evaluación a los indicadores de proceso y resultados en salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el resultado y seguimiento de dicha auditoría, deberá remitirse mensualmente al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y será la base para la definición de los mecanismos de pago por resultados en salud, tanto al asegurador, como a los prestadores de servicios de Salud.

La auditoría, deberá propender por una mejora continua en el SGSSS, sin perjuicio de las competencias de la entidad territorial y de los organismos de inspección, vigilancia y control. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la implementación de los modelos y los resultados en materia de acceso a los servicios de salud.

(Art. 19 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.20 ***Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.*** Para el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente Subsección, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la composición, funciones y otros aspectos operativos del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del departamento de Guainía. La Institucionalidad Indígena en Salud hará parte de dicho Consejo y su participación será proporcional a la relación entre población total del departamento y población indígena.

(Art. 20 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.21 ***Comités de Participación Indígena (COPAI).*** Para efectos de garantizar la participación real y efectiva de las comunidades indígenas en los procesos en salud del departamento, se conformarán comités por cuencas hidrográficas. El departamento, de manera concertada con la Institucionalidad Indígena en Salud, establecerá su conformación de acuerdo con lo previsto en los artículos 2.10.1.1.1 a 2.10.1.1.23 del presente decreto o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

(Art. 21 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.22 ***Inspección, vigilancia y control.*** Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de lo dispuesto en el presente decreto, la SNS diseñará y aplicará los procedimientos de supervisión necesarios para realizar el seguimiento de la operación del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud, así como de la operación del aseguramiento.

Parágrafo. El resultado del seguimiento en los aspectos considerados en el presente artículo, determinarán la continuidad de la EPS autorizada en el departamento de Guainía.

(Art. 22 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.23 ***Integración e interpretación normativa.*** En lo no dispuesto en la presente Subsección y en cuanto no se opongan a lo aquí previsto, se aplicarán las normas previstas en el SGSSS, la Ley 21 de 1991 y la Ley 691 de 2001 y se interpretarán de conformidad con la jurisprudencia sobre la materia.

(Art. 23 del Decreto 2561 de 2014)

Sección 4. Empresas Sociales del Estado

Subsección 1. Disposiciones generales sobre Empresas Sociales del Estado

Artículo 2.5.3.8.4.1.1 ***Naturaleza jurídica.*** Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.

(Art. 1 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.1.2 ***Objeto.*** El objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

(Art. 2 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.1.3 ***Principios básicos.*** De conformidad con lo establecido en los artículos 194 a 197 de la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado, para cumplir con su objeto deben orientarse por los siguientes principios básicos:

1. La eficiencia, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

2. La calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua, de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico□técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.

(Art. 3 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.1.4 ***Objetivos de las empresas sociales del Estado.*** Son objetivos de las Empresas Sociales del Estado, los siguientes:

a) Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito;

b) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer;

e) Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social;

d) Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado;

e) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento;

f) Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

(Art. 4 del Decreto 1876 de 1994)

Subsección 2. De la organización de las Empresas Sociales del Estado

Artículo 2.5.3.8.4.2.1 ***Organización.*** Sin perjuicio de la autonomía otorgada por la Constitución Política y la ley a las Corporaciones Administrativas para crear o establecer las Empresas Sociales del Estado, estas se organizarán a partir de una estructura básica que incluya tres áreas, así:

a) Dirección. Conformada por la Junta Directiva y el Gerente y tiene a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional, sin perjuicio de las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la entidad;

b) Atención al usuario. Es el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de Servicios de Salud con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención, y la dirección y prestación del servicio;

c) De logística. Comprende las Unidades Funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la organización y, realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

Parágrafo. A partir de la estructura básica, las Empresas Sociales del Estado definirán su estructura organizacional de acuerdo con las necesidades y requerimientos de los servicios que ofrezca cada una de ellas.

(Art. 5 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.2 ***De la Junta Directiva.*** La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de los órdenes nacional y territorial, estarán integradas de conformidad con lo establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993, así: una tercera parte de sus miembros serán representantes del sector político administrativo, otra tercera parte representará al sector científico de la salud y la tercera parte restante será designada por la comunidad.

Parágrafo. La composición de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, se regirá por lo dispuesto en el Decreto 1257 de 1994.

(Art. 6 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.3 ***Mecanismo de conformación de las Juntas Directivas para las Empresas Sociales del estado de carácter territorial.*** Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En este evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:

1. El estamento político administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva la Dirección de Salud solicitará la coordinación por parte de ésta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando éstos no tuvieren presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

Parágrafo 1. En aquellos sitios dono existan Asociaciones Científicas, el segundo representante del estamento científico de la Salud será seleccionado de terna del personal profesional de la Salud existente en el área de influencia.

Para tal efecto el Gerente de la Empresa Social del Estado convocará a una reunión del personal de Salud que ejerza en la localidad con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

Parágrafo 2. Cuando el número de miembros de la junta sobrepase de seis, en los estatutos de cada entidad deberá especificarse el mecanismos de elección de los demás representantes, respetando en todo caso lo establecido en el presente artículo y en el 195 de la Ley 100 de 1993.

(Art. 7 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.4 ***Requisitos para los miembros de las Juntas Directivas.*** Para poder ser miembro de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales de Salud se deben reunir los siguientes requisitos:

1. Los representantes del estamento político□administrativo, cuando no actúe el Ministro de Salud, el Jefe de la entidad territorial o el Director de Salud de la misma, deben:

a) Poseer título universitario; b) No hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades contempladas en la ley; c) Poseer experiencia mínima de dos años en la Administración de Entidades Públicas o privadas en cargos de nivel directivo, asesor o ejecutivo.

2. Los representantes de la comunidad deben:

□Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior un año en un Comité de Usuarios.

-No hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

3. Los Representantes del sector científico de la Salud deben:

a) Poseer título profesional en cualquiera de las disciplinas de la Salud, y b) No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

Parágrafo. La entidad territorial respectiva, a la cual esté adscrita la Empresa Social del Estado, fijará los honorarios por asistencia a cada sesión de la Junta Directiva, para los miembros de la misma que no sean servidores públicos. En ningún caso dichos honorarios podrán ser superior a medio salario mínimo mensual por sesión, sin perjuicio de reconocer en cuenta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes a que haya lugar.

(Art. 8 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.5 ***Términos de la aceptación.*** Una vez comunicada por escrito la designación y funciones como miembro de la Junta Directiva, por parte de la Dirección de Salud correspondiente, la persona en quien recaiga el nombramiento, deberá manifestar por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación.

En caso de aceptación, tomará posesión ante el Ministro de Salud cuando se trate de una Empresa Social del Estado del orden nacional, o ante el Director Departamental, Distrital o Municipal de Salud, quedando consignada tal posesión en el libro de Actas que se llevará para tal efecto. Copia del acta será enviada al Representante Legal de la Empresa Social.

Los miembros de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado respectiva, tendrán un período de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos.

(Art. 9 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.6 ***Reuniones de la junta.*** Sin perjuicio de lo que se disponga en los estatutos internos y reglamentos de cada entidad, la Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses, y extraordinariamente a solicitud del Presidente de la Junta o del Representante Legal de la Empresa Social, o cuando una tercera parte de sus miembros así lo soliciten.

De cada una de las sesiones de la Junta Directiva se levantará la respectiva acta en el libro que para tal efecto se llevará. El Libro de Actas debe ser registrado ante la autoridad que ejerza las funciones de inspección, vigilancia y control de la Empresa Social del Estado.

Parágrafo. La inasistencia injustificada a tres (3) reuniones consecutivas o cinco (5) reuniones durante el año, será causal de pérdida del carácter del miembro de la Junta Directiva y el Gerente de la Empresa Social solicitará la designación del reemplazo según las normas correspondientes.

(Art. 10 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.7 ***Funciones de la Junta Directiva.*** Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, ésta tendrá las siguientes:

1. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto Interno.

2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social.

3. Aprobar los Planes Operativos Anuales.

4. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.

5. Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Director o Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el sistema general de seguridad social en salud, en sus distintos órdenes.

6. Aprobar la planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por la autoridad competente.

7. Aprobar los Manuales de Funciones y Procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente.

8. Establecer y modificar el Reglamento Interno de la Empresa Social.

9. Analizar los Informes Financieros y los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.

10. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.

11. Servir de voceros de la Empresa Social ante las instancias político□administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.

12. Asesorar al Gerente en los aspectos que este considere pertinente o en los asuntos que a juicio de la Junta lo ameriten.

13. Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los Contratos de Integración Docente Asistencial por el Gerente de la Empresa Social.

14. Elaborar terna para la designación del responsable de la Unidad de Control Interno.

15. Fijar honorarios para el Revisor Fiscal.

16. Determinar la estructura orgánica□funcional de la entidad, y someterla para su aprobación ante la autoridad competente.

17. Elaborar terna de candidatos para presentar al Jefe de la respectiva Entidad Territorial para la designación del Director o Gerente.

(Art. 11 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.2.8 ***De la denominación de los actos de la Junta Directiva.*** Los Actos de la Junta Directiva se denominarán acuerdos, se numerarán sucesivamente con indicaciones del día, mes y año en que se expidan y serán suscritos por el Presidente y Secretario de la misma. De los Acuerdos se deberá llevar un archivo consecutivo.

(Art. 12 del Decreto 1876 de 1994)

Subsección 3. Régimen jurídico

Artículo 2.5.3.8.4.3.1 ***Régimen jurídico de los actos.*** Las Empresas Sociales del Estado estarán sujetas al régimen jurídico propio de las personas de derecho público, con las excepciones que consagren las disposiciones legales.

(Art. 15 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.3.2 ***Régimen jurídico de los contratos.*** A partir de la fecha de creación de una Empresa Social del Estado, se aplicará en materia de contratación las normas del Derecho Privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a

las normas sobre la materia. Sin embargo, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las Empresas Sociales del Estado podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

Parágrafo. En el evento en que se encuentren contratos en ejecución en el momento de transformación de una entidad en Empresa Social del Estado, éstos continuarán rigiéndose hasta su terminación, por las normas vigentes en el momento de su celebración.

(Art. 16 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.3.3 ***Régimen de personal.*** Las personas que se vinculen a una Empresa Social del Estado tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales, en los términos establecidos en la normatividad vigente.

(Art. 17 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.3.4 ***Régimen presupuestal.*** De conformidad con lo establecido en el numeral 7 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el régimen presupuestal será el que se prevea en la ley orgánica de presupuesto, de forma tal que se adopte un régimen con base en un sistema de anticipos y reembolsos contra prestación de servicios, y se proceda a la sustitución progresiva del sistema de subsidios de oferta por el de subsidios a la demanda, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

(Art. 18 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.3.5 ***Asociación de Empresas Sociales del Estado.*** Conforme a la ley que las autorice o a los actos de las corporaciones administrativas de las entidades territoriales, las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse con el fin de:

1. Contratar la compra de insumos y servicios.
2. Vender servicios o paquetes de servicios de salud, y
3. Conformar o hacer parte de Entidades Promotoras de Salud.

(Art. 19 del Decreto 1876 de 1994)

Subsección 4. Vigilancia y control

Artículo 2.5.3.8.4.4.1 ***De la autonomía y de la tutela administrativa.*** La autonomía administrativa y financiera de las Empresas Sociales del Estado se ejercerá conforme a las normas que las rigen. La tutela gubernamental a que están sometidas tiene por objeto el control de sus actividades y la coordinación de éstas con la política general del Gobierno en los niveles Nacional, Departamental, Distrital y Municipal y particular del sector.

Parágrafo. Las Empresas Sociales del Estado estarán adscritas a la Dirección Nacional, Departamental, Distrital o Municipal correspondiente, de acuerdo con su naturaleza, dependencia territorial y reglamentación vigente sobre la materia.

(Art. 20 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.4.2 ***Control interno.*** Toda Empresa Social del Estado deberá organizar el Sistema de Control Interno y su ejercicio, de conformidad con la Ley 87 de 1993.

(Art. 21 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.4.3 ***Revisor fiscal.*** De conformidad con lo establecido en las normas vigentes toda Empresa Social del Estado cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos mensuales, deberá contar con un Revisor Fiscal independiente, designado por la Junta Directiva a la cual reporta.

La función del Revisor Fiscal se cumplirá sin menos cabo de las funciones de Control Fiscal por parte de los Organismos competentes, señaladas en la ley y los reglamentos.

(Art. 22 del Decreto 1876 de 1994)

Subsección 5. Otras disposiciones sobre Empresas Sociales del Estado

Artículo 2.5.3.8.4.5.1 ***Plan de seguridad integral hospitalaria.*** Las Empresas Sociales del Estado deben elaborar un Plan de Seguridad Integral Hospitalaria que garantice la prestación de los servicios de Salud en caso de situaciones de emergencia y desastre, de acuerdo con la normatividad existente sobre la materia.

(Art. 23 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.5.2 ***Plan de desarrollo.*** Las Empresas Sociales del Estado deberán elaborar anualmente un Plan de Desarrollo, de conformidad con la ley y los reglamentos.

(Art. 24 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.5.3 ***Manuales técnicos de organización.*** El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los manuales técnicos que faciliten y orienten la adecuación de los actuales hospitales a la organización propuesta para las Empresas Sociales del Estado.

(Art. 26 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.5.4 ***Asesoría.*** El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará programas especiales de asesoría y mejoramiento de la gestión para la modernización de las instituciones prestadoras de servicios y en especial, para la transformación y funcionamiento de las entidades convertidas en Empresas Sociales del Estado.

(Art. 27 del Decreto 1876 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.4.5.5 ***Escalas salariales.*** Las Empresas Sociales del Estado adoptarán, previo cumplimiento de los requisitos legales, las escalas salariales y los estímulos no salariales que para el sector expida la autoridad competente.

Parágrafo. Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado se regirán en materia salarial por el régimen especial que para el efecto expida el Gobierno Nacional, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y el presupuesto de la respectiva Empresa Social.

(Art. 28 del Decreto 1876 de 1994)

Sección 5. Nombramiento de gerentes de Empresas Sociales del Estado

Artículo 2.5.3.8.5.1 ***Terna de candidatos.*** Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial conformarán la terna de candidatos de que trata el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007, para la designación del Gerente o Director de dichas entidades, con las personas que sean escogidas mediante concurso de méritos público y abierto, adelantado de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

(Art. 1 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.5.2 ***Parámetros para el concurso de méritos.*** Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial determinarán los parámetros necesarios para la realización del concurso de méritos público y abierto de que trata el artículo anterior, el cual deberá adelantarse por la respectiva entidad, a través de universidades o instituciones de educación superior públicas o privadas o estas asociadas con entidades especializadas en procesos de selección de personal para cargos de alta gerencia, que se encuentren debidamente acreditadas por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

La Universidad o Institución de educación superior deberá ser escogida bajo criterios de selección objetiva, demostrar competencia técnica, capacidad logística y contar con profesionales con conocimientos específicos en seguridad social en salud.

Parágrafo 1. Las Juntas Directivas, cuando lo consideren necesario, podrán autorizar al Gerente o Director para que suscriba convenios con otras Empresas Sociales del Estado o con la respectiva Dirección Territorial de Salud, para adelantar los concursos de méritos públicos y abiertos a través de universidades o instituciones de educación superior o estas asociadas con entidades especializadas en procesos de selección.

Parágrafo 2. El concurso de méritos en todas sus fases y pruebas deberá ser adelantado por la entidad contratada para el efecto.

(Art. 2 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.5.3 ***Pruebas.*** En el concurso de méritos público y abierto deberán aplicarse pruebas dirigidas a evaluar los conocimientos y las aptitudes, que permitan determinar que el aspirante es idóneo para el desempeño del cargo.

(Art. 3 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.5.4 ***Designación.*** La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado. El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la finalización del proceso de elección. El resto de la terna operará como un listado de elegibles, para que en el caso de no poder designarse el candidato con mayor puntuación, se continúe con el segundo y de no ser posible la designación de este, con el tercero.

(Art. 4 del Decreto 800 de 2008 modificado por el artículo 12 del decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.5 ***Principios del concurso.*** El concurso de mérito público y abierto que se adelante en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 y el presente decreto, se efectuará bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, objetividad, transparencia, imparcialidad y publicidad y bajo los estándares mínimos que establezca el Departamento Administrativo de la Función Pública, quien prestará la asesoría que sea necesaria.

(Art. 5 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.5.6 ***Cambio de naturaleza del cargo.*** El proceso público abierto para la conformación de la lista de aspirantes a las ternas no implica el cambio de la naturaleza jurídica del cargo a proveer.

(Art. 6 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.5.7 ***IVC.*** Los organismos de inspección, vigilancia y control, dentro del ámbito de sus competencias, verificarán el cumplimiento de las disposiciones del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 800 de 2008)

Sección 6. Reelección por evaluación

Artículo 2.5.3.8.6.1 ***Reelección por evaluación de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.*** Para efectos de lo previsto en el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007, la evaluación que tendrá en cuenta la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado para proponer la reelección del gerente será la última que se haya realizado al cumplimiento del plan de gestión durante el período para el cual fue nombrado, siempre que la misma sea satisfactoria y se encuentre en firme.

(Art. 1 del Decreto 52 de 2016)

Artículo 2.5.3.8.6.2 ***Plazos para la reelección por evaluación del Gerente de la Empresa Social del Estado del nivel territorial.*** Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes del inicio del período del respectivo gobernador o alcalde, la Junta Directiva, si así lo decide, deberá proponer al nominador la reelección, lo cual deberá constar en el acta de la sesión correspondiente, que deberá remitirse junto con la última evaluación del plan de gestión, la cual deberá ser satisfactoria y estar en firme y corresponder al período para el cual fue nombrado.

El jefe de la entidad territorial, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud, deberá decidir si acepta o niega la reelección. En caso de aceptar, el nominador dentro de los quince (15) días calendario siguientes, deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya sido reelegido y en caso de negarla, deberá solicitar a la Junta Directiva que proceda a convocar el respectivo concurso de méritos.

Parágrafo transitorio. Para el periodo 2016-2020 se deberá adelantar el anterior trámite, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al 15 de enero de 2016.

(Art. 2 del Decreto 52 de 2016)

Sección 7. Conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial

Artículo 2.5.3.8.7.1 ***Objeto.*** El presente decreto tiene por objeto establecer disposiciones en relación con la conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención, regular la elección y requisitos del representante de los empleados públicos del área administrativa de dichas empresas, precisar la norma aplicable a la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención, y modificar el procedimiento para la conformación de las ternas para la designación de Gerente de Empresas Sociales del Estado, establecido en el artículo 2.5.3.8.6.4 del presente decreto.

(Art. 1 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.2 ***Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de atención con convenios o planes de desempeño.*** El gobernador del departamento o su delegado será miembro, con voz y voto, de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel municipal que hagan parte de convenios o planes de desempeño suscritos o que se llegaren a suscribir entre el departamento y la Nación, mientras los mismos estén vigentes.

(Art. 3 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.3 ***Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de atención conformadas por varias entidades territoriales.*** El jefe de la administración departamental y/o jefe de la administración distrital y/o el jefe de la administración municipal, o los jefes de las

respectivas administraciones municipales que en cumplimiento del parágrafo 2 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del presente decreto y conforme a los estatutos, hagan parte de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial conformadas por la asociación de varias entidades territoriales, continuarán siendo miembros de las mismas con voz y voto.

Elección del representante de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención

(Art. 4 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.4 ***Elección del representante de los empleados públicos del área administrativa.*** Podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los profesionales del área administrativa, todos los profesionales que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel directivo, asesor o profesional y posean título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

De no existir profesionales del área administrativa, podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los técnicos o tecnólogos del área administrativa, todos los técnicos o tecnólogos que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel técnico o asistencial y posean título de técnico o tecnólogo en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

Parágrafo. Cuando en la Empresa Social del Estado solo exista un empleado público profesional del área administrativa, situación que debe ser certificada por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos del área administrativa en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.

En el evento en que no acepte, o no manifieste por escrito su voluntad dentro del término indicado, la elección se efectuará entre los empleados públicos del área administrativa que acrediten formación de técnico o tecnólogo; si solo existe un empleado público con formación de técnico o tecnólogo, lo cual deberá ser certificado por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el Gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.

(Art. 5 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.5 ***Período de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de atención ubicados en municipios de sexta (6a) categoría.*** El período de los representantes de los usuarios y de los servidores públicos en la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer

nivel de atención, ubicadas en municipios de sexta (6a) categoría, será de cuatro (4) años.

(Art. 6 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.6 ***Período de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención ubicados en municipios diferentes a sexta (6ª) categoría.*** El período de los representantes de los usuarios y de los servidores públicos en la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención ubicadas en los municipios diferentes a los de sexta categoría, será de dos (2) años.

(Art. 7 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.7 ***Requisitos para ser miembro de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención.*** Para ser miembro de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención se deberán acreditar los requisitos establecidos en el artículo 2.5.3.8.4.2.4 del presente decreto.

El representante de los empleados públicos del área administrativa deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Poseer título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud; en el evento que el representante sea un técnico o tecnólogo deberá poseer certificado o título que lo acredite como tal en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

2. No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

(Art. 8 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.8 ***Conformación, período y requisitos de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención.*** La conformación, elección, período y requisitos de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención de nivel territorial, continuará rigiéndose por lo previsto en los artículos 2.5.3.8.4.1.1 a 2.5.3.8.4.5.5 y en los artículos 2.10.1.1.1 a 2.10.1.1.23 del presente decreto o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 9 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.9 ***Participación para elegir y ser elegido.*** En el proceso de elección de los representantes de los empleados públicos del área administrativa y asistencial ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, solo podrá participar, en cada caso, para elegir y ser elegido, el personal de planta de la entidad.

(Art. 10 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.7.10 ***Servidores públicos miembros de Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado.*** Los servidores públicos que sean miembros de Juntas Directivas de Empresas Sociales del Estado, en razón a su cargo, integrarán las mismas, mientras estén desempeñando dicho cargo.

(Art. 11 del Decreto 2993 de 2011)

Capítulo 9
Instituciones del subsector privado del sector salud

Artículo 2.5.3.9.1 ***Del subsector privado del sector salud en el nivel local.*** El subsector privado del sector salud en el nivel local estará conformado por:

1. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud del primer nivel de atención, en la jurisdicción municipal, distrital y metropolitana.

2. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención, en la Jurisdicción distrital o metropolitana.

3. las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud no hospitalarios en la Jurisdicción municipal distrital o metropolitana.

4. Las personas naturales o jurídicas privadas con ánimo de lucro, o sus dependencias, que presten servicios de salud en la jurisdicción municipal, distrital o metropolitana.

(Art. 1 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.2 ***Del subsector privado del sector salud en el nivel seccional.*** El subsector privado del sector salud en el nivel seccional estará conformado por:

1. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención en la jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.

2. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud no hospitalarios en la Jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.

3. Las personas naturales o jurídicas privadas con ánimo de lucro, o sus dependencias, que presten servicios de salud en atención a las personas y atención al ambiente en la jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.

(Art. 2 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.3 ***Del subsector privado del sector salud en el nivel nacional.*** El subsector privado del sector salud en el nivel nacional estará conformado por las fundaciones o instituciones de utilidad común, asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y personas naturales o jurídicas privados con ánimo de lucro, que presten servicios de salud en más de un departamento, intendencia o comisaria, o en todo el territorio nacional.

(Art. 3 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.4 ***De las normas obligatorias.*** Las normas científicas, las de orden público sanitario, las que impliquen el ejercicio de deberes y derechos y las de vigilancia, prevención y control del servicio público de salud, son de obligatorio cumplimiento para las instituciones del subsector privado a que se refieren los artículos anteriores.

(Art. 4 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.5 ***De las normas convencionales.*** Las normas de carácter administrativo no son de obligatorio cumplimiento para las instituciones del subsector privado, pero pueden ser acogidas convencionalmente por éstas.

(Art. 5 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.6 ***De las fundaciones o instituciones de utilidad común.*** Las fundaciones o instituciones de utilidad común, esto es, las personas jurídicos surgidas por la exclusiva iniciativa privada mediante la destinación de un patrimonio, forman parte del subsector privado del sector salud cuando se dediquen a la atención, sin ánimo de lucro, de servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general, conforme a la voluntad de los fundadores.

(Art. 13 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.7 ***De las Asociaciones o Corporaciones sin ánimo de lucro.*** Las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, esto es, las personar; jurídicas surgidas mediante la unión, permanente y estable de personas naturales o jurídicas sea o no que se afecte un patrimonio, forman parte del subsector privado del sector salud cuando se dediquen a la atención, sin ánimo de lucro, de servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general.

(Art. 14 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.8 ***De las instituciones de origen canónico.*** Para efectos del presente Capítulo, son instituciones de origen canónico dedicadas a salud. las

fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, a las cuales las autoridades eclesiásticas competentes les hayan otorgado y otorguen personería jurídica y que se rigen en su organización y funcionamiento por el Derecho Canónico.

(Art. 15 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.9 ***De las corporaciones y fundaciones de participación mixta.*** Para efectos de lo dispuesto en los artículos anteriores son asociaciones o corporaciones y fundaciones o instituciones de utilidad común de participación mixta las personas jurídicas surgidas para atender sin ánimo de lucro servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general con recursos o participación de personas de derecho público y personas jurídicas o naturales privadas o particulares.

(Art. 16 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.10 ***De la vigilancia y control.*** Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, a que se refieren los artículos 2.5.3.9.1 a 2.5.3.9.5 del presente decreto, están sometidas a la inspección y vigilancia del Gobierno Nacional -Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades en los términos de la Constitución Política, las leyes y el presente Capítulo, con el fin de asegurar la observancia de las disposiciones legales y reglamentarias, de carácter científico y técnico, que regulan la prestación del servicio público de salud y el cumplimiento de las finalidades propias, conforme a los correspondientes actos constitutivos y estatutarios.

(Art. 6 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.11 ***De la vigilancia sobre las instituciones de utilidad común o fundaciones.*** Además de las finalidades señaladas en el artículo anterior, la inspección y vigilancia sobre las fundaciones o instituciones de utilidad común dedicadas a la prestación de servicios de salud, se dirigirá a garantizar que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en todo lo esencial se cumpla con la voluntad del fundador o fundadores.

(Art. 7 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.12 ***De la vigilancia sobre las entidades con ánimo de lucro.*** La inspección y vigilancia sobre las entidades con ánimo de lucro dedicadas a la prestación de servicios de salud, será ejercida por la dirección nacional, seccional o local del sistema de salud de conformidad con el área de influencia de la respectiva entidad. y conforme a lo dispuesto en los artículos 2.5.3.9.4 y 2.5.3.9.5 del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.13 ***Del control y la vigilancia sobre las entidades que reciban recursos de origen público.*** El control sobre la aplicación y utilización de los recursos de origen público que a cualquier título reciban las entidades e instituciones del subsector privado que presten servicios de salud, se ejercerá en los términos de los

contratos que para tal efecto deben suscribirse de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes. La inspección y vigilancia a que se refieren los artículos anteriores abarcará también el cumplimiento de las normas administrativas del sistema de salud convencionalmente adoptadas.

(Art. 9 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.14 ***De la prohibición de ofrecer servicios.*** Ninguna institución del subsector privado del sector salud, puede ofrecer servicios sin antes haber obtenido el reconocimiento de personería jurídica y la autorización sanitaria de funcionamiento, en el caso en que esta última sea requerida, conforme a lo previsto en la Resolución 2810 de 1986, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o en las normas legales que la modifiquen o sustituyan.

(Art. 10 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.15 ***De la competencia en el nivel nacional.*** La función de reconocer personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que tengan por finalidad el fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la jurisdicción de más de un departamento o en todo el territorio nacional, corresponde al Ministro de Salud y Protección Social.

(Art. 18 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.16 ***Competencia en las Direcciones Departamentales.*** La función de reconocer personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y el reconocimiento civil de las instituciones creadas por la iglesia católica o de cualquier confesión religiosa que tengan por finalidad el fomento, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la jurisdicción de un departamento o del Distrito Capital de Bogotá, corresponde al respectivo Gobernador a través del Organismo de Dirección Seccional de Salud y al Alcalde Mayor de Bogotá D. C., a través del Organismo Distrital de Salud de Bogotá D. C.

Parágrafo. La vigilancia y control de las instituciones de que trata el presente artículo, serán ejercidas por las Direcciones Departamentales de Salud y la Dirección Distrital de Salud del Distrito Capital.

(Art. 19 del Decreto 1088 de 1991 subrogado por el artículo 1 del Decreto 996 de 2001)

Artículo 2.5.3.9.17 ***De las condiciones para el reconocimiento de personería jurídica.*** Es condición esencial para el reconocimiento de personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y a las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación del servicio de salud, que las entidades que se pretendan organizar, reúnan las condiciones de calidad tecnológica y científica para la prestación del servicio, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, previstas en la ley y en este Capítulo.

(Art. 20 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.18 ***De la capacidad técnico-administrativa.*** La capacidad técnico-administrativa deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, con base en el estudio de factibilidad de que trata el presente Capítulo y teniendo en cuenta los recursos humanos instrumentos, equipos y la organización administrativa de la entidad, conforme a los objetivos específicos de la institución.

(Art. 21 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.19 ***De la suficiencia patrimonial.*** La suficiencia patrimonial deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, en función de las características institucionales y de las particularidades de la actividad que constituya el objeto específico de la fundación o asociación que se pretenda establecer. Con tal fin se deberá acreditar:

1. La naturaleza y cuantía de los recursos iniciales.

2. Un estimativo del monto de los recursos anuales, para los dos primeros períodos, con base en los rendimientos de bienes propios, en bienes y rentas de otros orígenes y en los ingresos provenientes de los servicios que en cumplimiento de su objeto preste la institución.

3. La incidencia de las actividades que se propone adelantar dada su zona de influencia, en los planes y programas adoptados por la correspondiente dirección del sistema de salud, con el fin de establecer la posibilidad de apoyo estatal a través de los contratos.

(Art. 22 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.20 ***De la calidad tecnológica y científica.*** La calidad tecnológica y científica deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, teniendo en cuenta las normas de carácter tecnológico y científico que de manera específica regule la clase de servicios a prestar por la institución.

(Art. 23 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.21 ***De la solicitud.*** La solicitud de reconocimiento de personería jurídica se presentará ante la autoridad competente, acompañada de los siguientes documentos:

1. Acta de constitución.

2. Estatutos de la institución.

3. Estudios de factibilidad, para las instituciones que presten el servicio público de salud, con el fin de establecer el cumplimiento de las condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico - administrativa.

4. Los documentos que acrediten la efectividad y seriedad de los aportes de los fundadores, lo cual será obligatorio para la creación de las fundaciones o instituciones

de utilidad común y para las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, cuando los miembros fundadores o participantes voluntariamente hagan aportes.

(Art. 24 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.22 ***Requisitos.*** Para efectos del reconocimiento civil, las instituciones creadas por la Iglesia Católica o por cualquier otra confesión religiosa que tengan por finalidad el fomento, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, deberán presentar solicitud escrita dirigida a las autoridades competentes señaladas en el artículo anterior según corresponda, adjuntando la siguiente documentación:

1. Copia del reconocimiento de personería jurídica expedida por la autoridad correspondiente.

2. Copia de los estatutos vigentes.

3. Estudio de factibilidad de acuerdo con el artículo 2.5.3.9.25 del presente decreto y demás disposiciones que lo reglamenten o adicionen.

(Art. 2 del Decreto 996 de 2001)

Artículo 2.5.3.9.23 ***De la verificación.*** Las autoridades competentes para el reconocimiento de personería jurídica a las instituciones sin ánimo de lucro, deberán verificar los siguientes aspectos:

1. Que los fines y la organización respectiva no sean contrarios a la moral, a las buenas costumbres ni a la ley.

2. Que la fundación o institución de utilidad común y la asociación o corporación reúna los requisitos legales para el reconocimiento de la personería jurídica.

3. Que los estatutos de la institución se someten a las normas del sistema de salud, en cuanto a la prestación del servicio de conformidad con las Leyes 09 de 1979, 10 de 1990 y demás normas legales sobre la materia.

(Art. 25 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.24 ***De los principios generales de los estatutos.*** Las instituciones sin ánimo de lucro, deberán observar en sus estatutos los siguientes principios generales:

1. Los órganos de dirección administrativa, científica y financiera de las instituciones, deberán ser distintos e independientes de los órganos de las entidades o personas jurídicas participantes en la creación.

2. Se deben establecer claros mecanismos de designación y remoción de los directivos de la institución.

3. El director, gerente o quien haga sus veces, podrá actuar con voz y voto en el órgano máximo de dirección de la institución, pero no podrá participar en la elección o

designación de los integrantes del organismo u organismos que estatutariamente deba escoger al titular de ese cargo.

4. La calidad de fundador o miembro de los órganos de dirección, no confiere derecho alguno a derivar beneficios económicos que afecten el patrimonio o las rentas de la institución.

5. Prohibición de destinar total o parcialmente los bienes de la institución, a fines distintos a los autorizados por las normas estatutarias, sin perjuicio de utilizarlos de acuerdo con la ley y los reglamentas para acrecentar el patrimonio y rentas, con miras a un mejor logro de sus objetivos.

6. Prohibición de transferir a cualquier título los derechos que se hubieren consagrado a favor de la fundación, salvo que favorezcan los objetivos de la misma y previa autorización de las autoridades encargadas de la inspección y vigilancia.

(Art. 26 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.25 ***Del estudio de factibilidad.*** El estudio de factibilidad, para la obtención de personería Jurídica de las instituciones sin ánimo de lucro que presten servicios de salud deberá contemplar como mínimo los siguientes aspectos:

1. La identificación de la sede en donde funcionará la entidad.

2. Marco de referencia conceptual, en el que se tengan en cuenta los principios generales consagrados en las normas vigentes el presente Capítulo y demás normas reglamentarias.

3. Un análisis de las características ambientales biológicas, sociales, culturales y económicas de la región a la cual la institución pretende servir, tomando en consideración las necesidades de salud de la comunidad según el diagnóstico de la región.

4. Capacidad de la institución para disponer de personal directivo, administrativo, financiero y científico idóneo, con dedicación específica y suficiente para el desarrollo de los programas propuestos.

5. Recursos físicos y financieros con los cuales se cuenta para la ejecución del proyecto, con indicación de las fuentes, destino y uso de los mismos y de los plazos para su recaudo.

6. Plan de ejecución del proyecto, para el primer año.

(Art. 27 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.26 ***De la verificación del estudio de factibilidad***. Corresponde a la autoridad competente para el reconocimiento de la personería jurídica, aprobar o rechazar el estudio de factibilidad presentado, de conformidad con el cumplimiento o no de las exigencias a que se refiere el artículo anterior.

(Art. 28 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.27 ***De la sustentación del estudio de factibilidad.*** Las personas interesadas en el reconocimiento de personería jurídica, deberán sustentar de manera directa ante la autoridad competente el estudio de factibilidad realizado.

(Art. 29 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.28 ***De la efectividad de los aportes.*** La efectividad de los aportes en dinero y bienes muebles se acreditará mediante acta de recibo suscrita por quienes hayan sido designados para ejercer las funciones de representante legal y revisor fiscal de la entidad, surtida ante notario.

El acta de recibo de los bienes muebles, deberá indicar o contener las especificaciones de los mismos y el valor que se les asigna.

Los aportes en dinero efectivo deberán consignarse en institución financiera o créditicia sujeta a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera debiéndose adjuntar el comprobante de consignación a los documentos exigidos para el reconocimiento de personería jurídica.

(Art. 30 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.29 ***De los aportes de derechos reales.*** La seriedad de los aportes consistente en la titularidad de bienes inmuebles y otros derechos reales, se acreditara con la correspondiente promesa de transferencia de la titularidad, condicionada únicamente al reconocimiento de personería jurídica, la cual deberá autenticarse ante notario y cumplir los requisitos exigidos por el Código Civil y demás normas legales.

(Art. 31 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.30 ***Del término para la presentación de la escritura pública.*** El representante legal de la institución deberá presentar ante la autoridad competente, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de ejecutoria del acto administrativo mediante el cual se hizo el reconocimiento de personería jurídica, copia auténtica de la escritura pública de transferencia de los bienes inmuebles y demás derechos reales, con la constancia de registro.

(Art. 32 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.31 ***Del costo de los trámites***. Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución motivada, fijar anualmente el valor que se cobrará por los trámites que conlleve el reconocimiento de personería jurídica.

(Art. 33 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.32 ***De la competencia para el reconocimiento civil de las instituciones creadas por la iglesia católica***. Corresponde exclusivamente al Ministerio de Salud y Protección Social resolver acerca de las solicitudes de reconocimiento civil de las instituciones del subsector privado, creadas por la Iglesia Católica, previa demostración de su existencia canónica.

Para este efecto se adjuntará a la solicitud, de conformidad con el concordato celebrado con la Santa Sede, copia autentica de la disposición eclesiástica por la cual se creó la institución.

(Art. 34 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.33 ***De la competencia para la aprobación de las reformas estatutarias.*** Corresponde a las autoridades que hayan otorgado personería Jurídica, conforme a la competencia definida en los artículos 2.5.3.9.15, 2.5.3.9.16 y 2.5.3.9.32 del presente decreto, decidir sobre las solicitudes de aprobación de las reformas estatutarias.

(Art. 35 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.34 ***De la posibilidad de crear dependencias***. En los estatutos de las instituciones del subsector privado del sistema de salud podrá preverse que ellas desarrollen sus actividades en sede o sedes distintas de la señalada como domicilio legal. Las mencionadas sedes deberán reunir los requisitos previstos en las normas legales para la clase de servicios que presten.

(Art. 36 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.35 ***Del contenido y requisitos de los documentos.*** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentara la forma de presentación y contenido de los documentos requeridos para el reconocimiento de personería Jurídica, reforma estatutaria e inscripción del representante legal y demás dignatarios de las instituciones sin ánimo de lucro.

(Art. 37 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.36 ***De la finalidad del registro especial.*** El registro especial de instituciones tiene como finalidad:

1. Servir como medio de inspección y vigilancia de las personas naturales o jurídicas privadas que presten servicios de salud.

2. Clasificar y calificar los servicios que presten estas entidades para efectos de su contratación con las entidades del subsector oficial del sector salud, y para el establecimiento de tarifas.

(Art. 61 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.37 ***De la obligatoriedad del registro especial.*** Para efectos de la contratación de servicios las personas naturales o jurídicas del subsector privado del sector salud, deberán estar inscritas en el registro de prestadores de servicios de salud.

(Art. 62 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.38 ***Del registro especial.*** Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social y a las direcciones departamentales y municipales del sistema de salud, llevar el registro especial de las personas naturales o jurídicas privadas que presten servicios de salud, de acuerdo con el reglamento que expida, el mismo Ministerio.

(Art. 63 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.39 ***De la competencia.*** Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social o la dependencia que haga sus veces y a las direcciones departamentales y municipales del sistema de salud, efectuar la inscripción en el registro pertinente.

En todo caso las direcciones departamentales y municipales del sistema de salud, deberán remitir al Ministerio de Salud y Protección Social la información de la inscripción, para efectos de organizar el registro nacional de instituciones.

(Art. 64 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.40 ***De la inscripción.*** La inscripción en el registro especial se efectuará:

1. Cuando se reconozca la personería jurídica a las instituciones sin ánimo de lucro.

2. Cuando las entidades que lo requieren cuenten con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias.

3. Cuando se clasifiquen y califiquen para efectos de contratación de servicios a las personas naturales o Jurídicas privadas especializadas en servicios de salud.

4. En todos los casos en que una institución privada pretenda prestar servicios de salud en determinada área territorial.

(Art. 65 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.41 ***De la clasificación y calificación.*** La clasificación de las instituciones consiste en la determinación del grupo y especialidad que le corresponde, según la, naturaleza de los servicios que pueden prestar y contratar, en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La calificación consiste en la asignación de un puntaje, índice o coeficiente que evalúe su capacidad técnico - científica, operativa y financiera con el fin de determinar, de acuerdo con la suma total del puntaje, la capacidad de contratación.

(Art. 66 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.42 ***De los criterios de clasificación y calificación.*** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los criterios de clasificación y los parámetros de calificación de las instituciones a que se refieren los artículos anteriores.

(Art. 67 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.43 ***De otras normas complementarias.*** En aquellos aspectos no contemplados específicamente en este Capítulo se aplicarán las disposiciones del Capítulo 3 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único 1066 de 2015, reglamentario del sector del Interior, y demás normas de carácter general que regulan la inspección y vigilancia de las instituciones sin ánimo de lucro.

(Art. 68 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.44 ***De las excepciones.*** Las normas de vigilancia y control sobre el patrimonio establecidas en el presente Capítulo, no se aplican a las entidades o instituciones privadas de seguridad social, las de derecho canónico y a las cajas de compensación familiar, ni a las cooperativas y clubes que presten servicios de salud total o parcialmente a sus afiliados. No obstante, las normas científicas y tecnológicas son de obligatoria observancia para la prestación de los Servicios de salud.

(Art. 11 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.45 ***De la calidad de persona jurídicas.*** La existencia como personas jurídicas de las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que presten servicios de salud, se prueba con el acto de autoridad competente que legalmente le reconoce tal calidad.

(Art. 17 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.46 ***De la dirección local.*** Corresponde al organismo de dirección local del sistema de salud, la inspección, vigilancia y control sobre la prestación de servicios de salud de las instituciones que conforman el subsector privado del sector salud, e informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.

(Art. 38 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.47 ***De la dirección seccional.*** Corresponde al organismo de dirección seccional del sistema de salud, ejercer la coordinación y supervisión de la prestación de servicios de salud de las instituciones que conforman el subsector privado del sector salud.

(Art. 39 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.48 ***De la dirección nacional.*** Corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social la función de vigilancia del cumplimiento de las políticas, planes y proyectos, y las normas técnicas, administrativas y de calidad del servicio y de autorizar la prestación del servicio de salud de las instituciones del subsector privado del sector salud.

(Art. 40 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.49 ***De las demás funciones.*** Las competencias a que se refieren los artículos anteriores, se ejercerán sin perjuicio de las demás funciones que

le competen a las direcciones municipales, departamentales y nacional, sobre los servicios de salud que sean de su responsabilidad, frente a las entidades de que tratan los artículos 2.3.9.1 a 2.3.9.3 del presente decreto.

(Art. 41 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.50 ***De la competencia sancionatoria.*** La facultad sancionatoria sobre las instituciones del subsector privado del sector salud en cuanto a la prestación de los servicios de salud, será ejercida en cada caso, por la autoridad competente en aquellos aspectos que en virtud de la descentralización administrativa estén bajo su responsabilidad o se les haya expresamente asignado o delegado.

(Art. 42 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.51 ***De la delegación de la inspección y vigilancia sobre el patrimonio de las fundaciones o instituciones de utilidad común de ámbito nacional.*** Delégase en el Ministro de Protección Social la inspección y vigilancia sobre las fundaciones o instituciones de utilidad común cuyo objeto consista en la prestación de servicios de salud en el ámbito nacional, con el fin de asegurar que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en todo lo esencial se cumpla la voluntad del fundador o fundadores.

(Art. 43 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.52 ***De la delegación de la inspección y vigilancia sobre el patrimonio de las fundaciones o instituciones de utilidad común de ámbito territorial restringido.*** Delégase en los Gobernadores y Alcalde Mayor de Bogotá, D. E., la inspección y vigilancia sobre las fundaciones o instituciones de utilidad común cuyo objeto consista en la prestación de servicios de salud en el ámbito municipal, distrital, metropolitana o departamental, con el fin de garantizar que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en lo esencial se cumpla la voluntad de los fundadores. Esta función se cumplirá con el concurso de la respectiva dirección del sistema de salud.

(Art. 44 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.53 ***De la debida aplicación de las rentas.*** Para los efectos de lo dispuesto en el ordinal 19 del artículo 120 de la Constitución Política y en el presente Capítulo. se entiende por debida aplicación de las rentas de las fundaciones o instituciones de utilidad común, aquella encaminada a obtener el cumplimiento de la voluntad esencial de los fundadores, teniendo en cuenta las normas de carácter científico y los ordenamientos de carácter administrativo y fiscal.

Parágrafo. Entiéndese por esencial en la voluntad de los fundadores de una fundación o institución de Utilidad común dedicada a la salud, la consecución del fin de interés social previsto para ellos en el acto fundacional, para lo cual se tendrá en consideración las normas científicas y administrativas vigentes, o que se expidan.

(Art. 45 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.54 ***De la vigilancia y control del servicio.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y las direcciones departamentales y municipales del sistema de salud, de acuerdo a su jurisdicción y competencia, ejercerán la vigilancia del servicio de las instituciones que les compete a través, entre otros, de los siguientes medios:

1. Nombrar sus representantes en las juntas directivas de las institucionales.

2. Expedir, renovar suspender o cancelar la autorización sanitaria de funcionamiento para las instituciones cuyo objeto sea el tratamiento o la rehabilitación de la salud, conforme a la Resolución 2810 de 1986 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas legales que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Aprobar o improbar desde el punto de visto científico o técnico el plan o proyecto de las instituciones que se dediquen a la promoción o prevención de la salud, de conformidad con las normas legales y en especial las establecidas en la Ley 09 de 1979 y sus decretos reglamentarios.

4. Solicitar la información científica o técnica demás que determine el régimen de información.

5. Aprobar o improbar los planes y proyectos de investigación, de conformidad con las normas científicas y técnicas, según el área que corresponda.

6. Inscribir, renovar, suspender o cancelar la inscripción en el registro especial de instituciones.

7. Solicitar informes acerca de las actividades que cumple la institución.

(Art. 47 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.55 ***De los representantes del Ministerio de Salud y Protección Social y las Direcciones Departamentales o Municipales de Salud.*** En las juntas directivas de las instituciones sin ánimo de lucro, habrá un representante del sector salud designado por el Ministro de Protección Social o el Jefe de la Dirección Seccional o Local del Sistema de Salud, según sea su pertenencia al nivel local, seccional o nacional de que tratan los artículos 2.3.9.1 a 2.3.9.3 del presente decreto, con derecho a voz pero sin voto.

(Art. 48 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.56 ***De las Funciones.*** El representante del Ministerio de Salud y Protección Social o las direcciones departamentales o municipales del sistema de salud en las juntas directivas de las instituciones sin ánimo de lucro, tendrán las siguientes funciones:

1. Velar porque se cumplan las normas previstas en este Capítulo y demás disposiciones vigentes.

2. Ser vocero del Ministro de Protección Social y del Jefe de la Dirección Seccional o Local de Salud, ante la Junta Directiva.

3. Ser vocero ante la Junta Directiva y ante el Ministro de Protección Social y la Dirección Seccional o Local de Salud, de las aspiraciones de la comunidad, relacionadas con las obligaciones específicas de la entidad respecto de la prestación del servicio público de Salud.

4. Asistir a las reuniones de la Junta Directiva y participar en sus deliberaciones.

5. Rendir informes periódicos semestrales al Ministro de Salud y Protección Social y a los jefes de las direcciones departamentales o municipales de salud, sobre las actividades desarrolladas, la situación general de la entidad, lo mismo que los informes extraordinarios o especiales que le sean solicitados y un informe final sobre su gestión en la Junta Directiva.

6. Promover y solicitar ante las autoridades competentes el ejercicio de los mecanismos de inspección y vigilancia cuando encontraré situaciones que lo ameriten.

7. Las demás funciones que le sean asignadas.

(Art. 49 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.57 ***De los Deberes.*** Son deberes del representante del Ministerio de Salud y Protección Social o de las direcciones departamentales o municipales del sistema de salud ante las juntas directivas de las entidades sin ánimo de lucro, los siguientes:

1. Respetar, cumplir y hacer cumplir la Constitución, las leyes y los estatutos de la entidad.

2. Desempeñar sus funciones con eficiencia e imparcialidad.

3. Guardar reserva en los asuntos que conozca en razón de sus funciones y que por su naturaleza no deban divulgarse.

4. Obrar en la Junta Directiva consultando la política del sector salud, las instrucciones que el Ministerio de Salud y Protección Social, las direcciones departamentales o municipales del sistema de salud le impartan a través de notas circulares y otras comunicaciones, y conforme a los intereses de la comunidad beneficiaria y de la institución.

(Art. 50 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.58 ***De las prohibiciones.*** La representación del Ministerio de Salud y Protección Social o de las direcciones departamentales o municipales del sistema de salud no podrá ser desempeñada, en ningún caso, por quienes ejerciten funciones de inspección, vigilancia y control sobre las entidades sin ánimo de lucro dedicadas a prestar servicios de salud.

(Art. 51 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.59 ***De la vigilancia del patrimonio.*** La inspección y vigilancia del patrimonio de las fundaciones o instituciones y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro será ejercida por las autoridades competentes con fundamento en las normas que para el control económico financiero se expidan.

(Art. 52 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.60 ***De la intervención.*** Para lograr la mayor utilización y racionalización de los recursos de las fundaciones o instituciones de utilidad común, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar la intervención de las mismas, con el fin de asumir transitoriamente su dirección y administración, para asegurar su correcto funcionamiento y la adecuada satisfacción de las necesidades para las cuales fueron creadas, de conformidad con las normas que reglamenten esta materia.

La intervención de las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y fundaciones o instituciones de utilidad común, para efectos del control de la prestación del servicio público de salud, se hará en los términos establecidos en la normativa vigente.

(Art. 53 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.61 ***De las causales de disolución.*** Las instituciones sin ánimo de lucro se disolverán cuando se encontraren frente a una de las siguientes causales:

1. Por falta de capacidad técnico - administrativa, Insuficiencia patrimonial y de calidad tecnológica y científica que imposibilite la adecuada prestación del servicio público de salud, conforme a lo previsto en los artículos 2.5.3.9.18 a 2.5.3.9.20 del presente decreto.

2. Por cancelación de la personería jurídica.

3. En los casos previstos en los respectivos estatutos.

4. Por decisión de los asociados en el caso de las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, conforme a las normas legales.

(Art. 54 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.62 ***De la cancelación de la personería jurídica.*** Las autoridades competentes para otorgar personería jurídica, podrán cancelarla previa investigación adelantada de oficio o a solicitud de parte, en los siguientes casos:

1. Cuando se compruebe que los datos en que se fundamentó la solicitud son fraudulentos.

2. Cuando transcurrido el término de 2 meses de que trata el artículo 2.5.3.9.30 del presente decreto, no se haya presentado ante la autoridad competente, copia auténtica de la escritura pública de transferencia de los bienes inmuebles y demás derechos reales, con la constancia de registro.

3. Cuando transcurrido el término de dos (2) años contados a partir de la fecha de ejecutoria de la providencia que otorgó la respectiva personería jurídica, no hubiere

tramitado la autorización sanitaria de funcionamiento, en el caso de que ésta se requiera.

4. Cuando transcurrido el término de seis (6) meses de haberse concedido la autorización sanitaria de funcionamiento, la institución no haya iniciado las actividades propuestas.

5. Cuando la institución haya iniciado actividades sin tener la autorización sanitaria de funcionamiento, o no estén aprobados los respectivos planes y programas desde el punto de visto técnico.

6. Cuando se trate de asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que no estuvieren cumpliendo con los objetivos estatutarios.

Parágrafo. En los eventos señalados en los numerales 3 y 4 del presente artículo, la autoridad competente mediante resolución motivada y de acuerdo con las condiciones establecidas en el estudio de factibilidad respectivo, podrá prorrogar los plazos allí establecidos.

(Art. 55 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.63 ***De las causales legales y estatutarias.*** De conformidad con las disposiciones del Código Civil en los estatutos de las instituciones sin ánimo de lucro deberán establecerse las siguientes causales de disolución y liquidación:

1. Por vencimiento del término previsto para su duración en el caso de las asociaciones o corporaciones in ánimo de lucro.

2. Por disminución del número de asociados en términos que hagan imposible el cumplimiento del objeto propio de la entidad.

3. Por agotamiento de los objetivos de la institución.

4. Por la extinción de los bienes de la entidad.

5. Por las demás causales previstas en los respectivos estatutos de conformidad con las normas legales.

(Art. 56 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.64 ***De la disolución por decisión de los asociados.*** Cuando la disolución de una institución sin ánimo de lucro obedeciere a la decisión de los asociados, éstos, de conformidad con los estatutos procederán a designar al respectivo liquidador quien deberá inscribirse ante la autoridad competente.

En todo caso, las autoridades competentes podrán vigilar el proceso de liquidación y revisar los actos propios del mismo.

(Art. 57 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.65 ***De la aplicación del código de comercio.*** Para la liquidación a que se refiere el artículo anterior y en todos los demás casos que se produzca, se podrán aplicar las normas previstas en los Capítulos IX y X del Código de Comercio, en todo aquello que sea compatible con la naturaleza del proceso aplicable a las instituciones sin ánimo de lucro.

(Art. 58 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.66 **1675** ***De la vigilancia del proceso de disolución y liquidación***. El proceso de disolución y liquidación se llevará a cabo con la vigilancia de la autoridad competente que haya reconocido legalmente la personería jurídica, en orden a garantizar los intereses del sistema de salud, la comunidad beneficiaria y los trabajadores de la institución y de aquellas personas que puedan resultar afectadas con la medida.

(Art. 59 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.67 ***Del deber de informar.*** La disolución que obedeciere a actuaciones dolosas o fraudulentas, procederá sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que hubiere lugar, para lo cual se dará traslado a las autoridades competentes.

(Art. 60 del Decreto 1088 de 1991)

Capítulo 10
Droguerías y servicio farmacéutico

Artículo 2.5.3.10.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

(Art. 1 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.2 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, incluyendo a los que operen en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en las normas vigentes, a todo establecimiento farmacéutico donde se almacenen, comercialicen, distribuyan o dispensen medicamentos o dispositivos médicos, en relación con el o los procesos para los que esté autorizado y a toda entidad o persona que realice una o más actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

Parágrafo. Se exceptúan de la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo a los laboratorios farmacéuticos cuyo funcionamiento continuará regido por las normas vigentes sobre la materia.

(Art. 2 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.3 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Capítulo adóptense las siguientes definiciones:

Atención farmacéutica. Es la asistencia a un paciente o grupos de pacientes, por parte del Químico Farmacéutico, en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida.

Denominación Común Internacional para las Sustancias Farmacéuticas (DCI). Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional, DCI, es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

Dispensación. Es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado realizada por el Químico Farmacéutico y el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia la información que debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los aspectos siguientes: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y, la importancia de la adherencia a la terapia.

Distribución física de medicamentos y dispositivos médicos. Es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento o dispositivo médico que se encuentra en el establecimiento farmacéutico distribuidor autorizado sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico o el establecimiento farmacéutico, estableciéndose vínculos entre el prestador del servicio, el usuario y los canales de distribución.

Distribución intrahospitalaria de medicamentos. Es el proceso que comprende la prescripción de un medicamento a un paciente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, por parte del profesional legalmente autorizado, la dispensación por parte del servicio farmacéutico, la administración correcta en la dosis y vía prescrita y en el momento oportuno por el profesional de la salud legalmente autorizado para tal fin, el registro de los medicamentos administrados y/o la devolución debidamente sustentada de los no administrados, con el fin de contribuir al éxito de la farmacoterapia.

Establecimiento farmacéutico. Es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.

Estudios de utilización de medicamentos. Son aquellas investigaciones que se realizan con el objeto de permitir el análisis de la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes relacionadas con el consumo de los medicamentos.

Evento adverso. Es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo.

Farmacocinética clínica. Es la disciplina que aplica los principios fármacocinéticos para asegurar las concentraciones séricas de los fármacos dentro de su margen terapéutico y conseguir la máxima eficacia con una mínima incidencia de efectos adversos.

Farmacoeconomía. Es el conjunto de procedimientos o técnicas de análisis dirigidas a evaluar el impacto de las distintas operaciones e intervenciones económicas sobre el bienestar de la sociedad, con énfasis no solo sobre los costos sino también sobre los beneficios sociales; siendo su objetivo principal contribuir a la elección de la mejor opción posible y por tanto, a la optimización de los recursos.

Farmacoepidemiología. Es el estudio del uso y efecto de los medicamentos en un número elevado de personas, empleando los conocimientos, métodos y razonamientos de la epidemiologia, teniendo como componentes los estudios de utilización de medicamentos y la farmacovigilancia.

Farmacovigilancia. Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

Gestión del servicio farmacéutico. Es el conjunto de principios, procesos, procedimientos, técnicas y prácticas asistenciales y administrativas esenciales para reducir los principales riesgos causados con el uso innecesario o inadecuado y eventos adversos presentados dentro del uso adecuado de medicamentos, que deben aplicar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, establecimientos farmacéuticos y personas autorizadas, respecto al o los procesos autorizados en la prestación del servicio farmacéutico. Es característica fundamental del modelo de gestión del servicio farmacéutico la efectividad, el principio de colaboración y el compromiso de mejoramiento continuo, y su contenido será básicamente el determinado en el modelo de gestión del servicio farmacéutico, donde se desarrollarán los criterios y requisitos establecidos en este Capítulo.

Perfil farmacoterapéutico. Es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución, realizada en el servicio farmacéutico, con el objeto de hacer el seguimiento farmacológico que garantice el uso seguro y eficaz de los medicamentos y detecte los problemas que surjan en la farmacoterapia o el incumplimiento de la misma.

Preparación magistral. Es el preparado o producto farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

Problemas Relacionados con Medicamentos, PRM. Es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia

realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente.

Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos, PRUM. Corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con medicamentos, asociados a errores de medicación (prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente o cuidador), incluyendo los fallos en el Sistema de Suministro de Medicamentos, relacionados principalmente a la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos que garanticen la existencia de medicamentos que realmente se necesiten, acompañados de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación necesaria para su utilización correcta.

Servicio de información de medicamentos. Es el conjunto de actividades informativas que hacen parte del servicio farmacéutico de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, establecimiento farmacéutico o persona autorizada, que busca la satisfacción de las necesidades específicas de información sobre los medicamentos y su uso adecuado por parte del paciente, el equipo de salud y la comunidad. La información debe estar sustentada en fuentes científicas, actualizadas e independientes.

Uso adecuado de medicamentos. Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.

(Art. 3 del Decreto 2200 de 2005, definición "preparación magistral" modificada por el artículo 1 del Decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.4 ***Servicio farmacéutico.*** Es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

(Art. 4 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.5 ***Formas de prestación del servicio farmacéutico.*** El servicio farmacéutico podrá ser prestado de manera dependiente o independiente, en los términos siguientes:

Servicio farmacéutico independiente. Es aquel que es prestado a través de establecimientos farmacéuticos.

Servicio farmacéutico dependiente. Es aquel servicio asistencial a cargo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el que además de las disposiciones del presente Capítulo debe cumplir con los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Parágrafo. Una Institución Prestadora de Servicios de Salud, además de distribuir intrahospitalariamente los medicamentos y dispositivos médicos a sus pacientes hospitalizados, en las mismas instalaciones puede dispensar los medicamentos y dispositivos médicos a sus pacientes ambulatorios, en las condiciones establecidas en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

(Art. 5 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.6 ***Objetivos del servicio farmacéutico.*** El servicio farmacéutico tendrá como objetivos primordiales los siguientes:

1. Promover y propiciar estilos de vida saludables.

2. Prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos y promover su uso adecuado.

3. Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado.

4. Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes y realizar con el equipo de salud, todas las intervenciones relacionadas con los medicamentos y dispositivos médicos necesarias para el cumplimiento de su finalidad.

Parágrafo. Cuando se preste atención farmacéutica el Químico Farmacéutico debe establecer contacto directo con el paciente, mediante la entrevista; elaboración del perfil farmacoterapéutico; la prevención, detección y resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos; realizar las intervenciones que fueren necesarias; y, hacer el seguimiento permanente, en unión con otros profesionales de la salud, desarrollando estrategias para atender necesidades particulares proyectadas fundamentalmente al usuario de los servicios de salud y a la comunidad.

(Art. 6 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.7 ***Funciones del servicio farmacéutico.*** El servicio farmacéutico tendrá las siguientes funciones:

1. Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar los servicios relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos ofrecidos a los pacientes y a la comunidad en general.

2. Promover estilos de vida saludables y el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos.

3. Seleccionar, adquirir, recepcionar y almacenar, distribuir y dispensar medicamentos y dispositivos médicos.

4. Realizar preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos, sujeto al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura exigidas para tal fin.

5. Ofrecer la atención farmacéutica a los pacientes que la requieran.

6. Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia, uso de antibióticos y uso adecuado de medicamentos.

7. Realizar o participar en estudios relacionados con medicamentos y dispositivos médicos, que conlleven el desarrollo de sus objetivos, especialmente aquellos relacionados con la farmacia clínica.

8. Obtener y difundir información sobre medicamentos y dispositivos médicos, especialmente, informar y educar a los miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad sobre el uso adecuado de los mismos.

9. Desarrollar y aplicar mecanismos para asegurar la conservación de los bienes de la organización y del Estado, así como, el Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos, procedimientos y servicios ofrecidos.

10. Participar en los Comités de Farmacia y Terapéutica, de Infecciones y de Bioética, de la institución.

(Art. 7 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.8 ***Requisitos del servicio farmacéutico.*** El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.

2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.

3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

(Art. 8 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.9 ***Recurso humano del servicio farmacéutico dependiente.*** El servicio farmacéutico, estará bajo la dirección de un Químico Farmacéutico o de un Tecnólogo en Regencia de Farmacia, teniendo en cuenta el grado de complejidad del servicio, de la siguiente manera:

1. El servicio farmacéutico de alta y mediana complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico.

2. El servicio farmacéutico de baja complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia.

Parágrafo 1. El servicio farmacéutico contará con personal de las calidades señaladas en la normatividad vigente para el ejercicio de cada cargo y en número que garantice el cumplimiento de los procesos propios de dicho servicio que se adelanten en la institución.

Parágrafo 2. Un Químico Farmacéutico podrá dirigir dentro de la red de su institución un número máximo de cinco (5) servicios farmacéuticos ambulatorios donde haya dispensación de medicamentos, los que deberán encontrarse ubicados en una zona geográfica de una ciudad, municipio, distrito o provincia que pueda ser efectivamente cubierta por dicho profesional.

(Art. 9 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.10 ***Grados de complejidad del servicio farmacéutico.*** El servicio farmacéutico será de baja, mediana y alta complejidad, de acuerdo con las actividades y/o procesos que se desarrollen y el impacto epidemiológico de la atención

(Art. 10 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.11 ***Establecimientos farmacéuticos.*** Se consideran establecimientos farmacéuticos mayoristas: los Laboratorios Farmacéuticos, las Agencias de Especialidades Farmacéuticas y Depósitos de Drogas, y establecimientos farmacéuticos minoristas: Las Farmacias-Droguerías y las Droguerías.

Los establecimientos farmacéuticos solo están obligados a cumplir con las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, el modelo de gestión del servicio farmacéutico y demás normas que los modifiquen, en relación con los medicamentos y dispositivos médicos, en los aspectos siguientes y en los demás seguirán regidos por las normas vigentes.

1. Farmacias-droguerías. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

a. Recepción y almacenamiento;

b. Dispensación;

c. Preparaciones magistrales.

La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo del químico farmacéutico. Cuando las preparaciones magistrales que se elaboren consistan en preparaciones no estériles y de uso tópico, tales como: polvos, ungüentos,

pomadas, cremas, geles, lociones, podrán ser elaboradas por el tecnólogo en regencia de farmacia, en cuyo caso, la dirección técnica podrá estar a cargo de este último.

2. Droguerías. La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería, Farmacéutico Licenciado, o el Expendedor de Drogas. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

a. Recepción y almacenamiento;
b. Dispensación.

3. Agencias de Especialidades Farmacéuticas. La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico o del Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Estos establecimientos se someterán al proceso de recepción y almacenamiento.

4. Depósitos de drogas

a. Depósitos de drogas donde se realice el proceso especial de reenvase. La dirección estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

i. Recepción y almacenamiento;
ii. Reenvase.

b. Depósitos de drogas donde no se realice el proceso especial de reenvase. La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico o del Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Estos establecimientos se someterán a l proceso de recepción y almacenamiento.

Los establecimientos farmacéuticos y personas autorizadas quedan sometidos a los requisitos y técnicas establecidos por las normas especiales y el modelo de gestión del servicio farmacéutico respecto del embalaje, transporte y entrega física de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos relacionados.

Parágrafo 1. Los laboratorios farmacéuticos continuarán regidos por las normas especiales vigentes, de conformidad con el parágrafo del artículo 2.5.3.10.2 del presente decreto.

Parágrafo 2. Cuando las Farmacias-Droguerías, Droguerías o las personas autorizadas, sean contratadas para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán cumplir íntegramente con lo establecido en el presente Capítulo y el modelo de gestión del servicio farmacéutico que expedirá el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso; iluminación,

ventilación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Parágrafo 4. Los establecimientos farmacéuticos que se encarguen de realizar una o más actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico por cuenta de otra persona, deberán cumplir para ello con las condiciones y requisitos establecidos por el presente Capítulo, el modelo de gestión del servicio farmacéutico que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que regulen las respectivas actividades y/o procesos, responsabilizándose solidariamente con la contratante ante el Estado y los usuarios, beneficiarios o destinatarios por los resultados de la gestión.

Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Los productos allí elaborados no requieren de registro sanitario. El establecimiento farmacéutico o servicio farmacéutico institucional podrá funcionar con la autorización o habilitación por parte de la entidad territorial de salud o el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, para aquellos establecimientos a los que se les exige, según corresponda.

Cuando estos establecimientos farmacéuticos realicen actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico a una Institución Prestadora de Servicios de Salud se someterán a la normatividad aplicable a dicha actividad y/o proceso, sin perjuicio de la responsabilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud respecto al cumplimiento de los estándares de cada una de las actividades y/o procesos.

(Art. 11 del Decreto 2200 de 2005 numeral 1 modificado por el artículo 2 del decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.12 ***Sistema de Gestión de la Calidad.*** Todo servicio farmacéutico, establecimiento farmacéutico o persona autorizada, tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar un Sistema de Gestión de la Calidad Institucional, de conformidad con las leyes y demás normas sobre la materia.

(Art. 13 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.13 ***Modelo de gestión.*** Créase el Modelo de Gestión del servicio farmacéutico, como el conjunto de condiciones esenciales, técnicas de planeación y gestión del servicio, procedimientos para cada uno de los procesos del servicio farmacéutico y la elaboración de guías para actividades críticas. El Modelo de Gestión será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social a más tardar el 31 de diciembre de 2006.

(Art. 14 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.14 ***Procesos del servicio farmacéutico.*** Los procesos del servicio farmacéutico se clasifican en generales y especiales:

1. Dentro de los procesos generales se incluyen como mínimo: Selección, adquisición, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos; y, destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.

2. Pertenecen como mínimo a los procesos especiales: Atención farmacéutica; farmacovigilancia; preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutriciones parenterales; mezcla de medicamentos oncológicos; adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas; reempaque; reenvase; participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos; realización o participación en estudios sobre el uso de medicamentos y dispositivos médicos, demanda insatisfecha, farmacoepidemiología, farmacoeconomía, uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos; preparaciones extemporáneas, control, dispensación y distribución de radio-fármacos; investigación clínica; y, preparación de guías para la dación o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.

(Art. 15 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.15 ***Características de la prescripción.*** Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

1. Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.

2. La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.

3. Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.

4. No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.

5. La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

6. La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.

7. La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.

8. Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

(Art. 16 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.16 ***Contenido de la prescripción.*** La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.

2. Lugar y fecha de la prescripción.

3. Nombre del paciente y documento de identificación.

4. Número de la historia clínica.

5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).

6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).

7. Concentración y forma farmacéutica.

8. Vía de administración.

9. Dosis y frecuencia de administración.

10. Período de duración del tratamiento.

11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.

12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.

13. Vigencia de la prescripción.

14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

(Art. 17 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.17 ***Distribución de medicamentos.*** La distribución física de medicamentos estará regulada por las normas técnicas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. El embalaje y/o trasporte de productos farmacéuticos forman parte de la distribución intra-hospitalaria o física y deberán ser tenidos en cuenta en el desarrollo del modelo de gestión del servicio farmacéutico.

El servicio farmacéutico deberá determinar el sistema o los sistemas de distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos que deban implementarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para garantizar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deban suministrarse a los pacientes.

Los servicios farmacéuticos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo con las condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico. Los servicios farmacéuticos del primer nivel de complejidad podrán adoptar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, sometiéndose a las condiciones, criterios y procedimientos señalados. El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria podrá operar en una Institución de Salud con otro u otros sistemas intra-hospitalarios de distribución.

(Art. 18 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.18 ***Obligaciones del dispensador.*** Son obligaciones del dispensador:

1. Verificar que la prescripción esté elaborada por el personal de salud competente y autorizado y que cumpla con las características y contenido de la prescripción, establecidos en el presente Capítulo.

2. Verificar que las preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutrición parenteral; y, mezclas de medicamentos oncológicos, contengan en el rótulo o etiquetas la información sobre el paciente hospitalizado o ambulatorio, según el caso; de la preparación o de la mezcla; y, la firma del responsable.

3. Exigir la prescripción para aquellos medicamentos en los que aparezca en la etiqueta la leyenda "Venta Bajo Fórmula Médica".

4. No dispensar y consultar al prescriptor cuando identifique en una prescripción posibles errores, con el fin de no incurrir en falta contra la ética profesional.

5. Verificar y controlar que los medicamentos dispensados correspondan a los prescritos.

6. Informar al usuario sobre los aspectos indispensables que garanticen el efecto terapéutico y promuevan el uso adecuado de los medicamentos, tales como: condiciones de almacenamiento, cómo reconstituirlos, cómo medir la dosis, qué cuidados debe tener en la administración, interacciones con alimentos y otros medicamentos, advertencias sobre efectos adversos, contraindicaciones y la importancia de la adherencia a la terapia. Cuando la dirección técnica de la Droguería, esté a cargo de persona que no ostente título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia la información que debe ofrecer al paciente está señalada en el artículo 2.5.3.10.3 del presente decreto.

7. Brindar a los usuarios pautas sobre el uso adecuado de los medicamentos de venta sin prescripción facultativa o de venta libre.

8. Recibir la capacitación ofrecida por las entidades oficiales o de otros actores del Sector Salud y/o capacitarse continuamente en los conocimientos teóricos y destrezas necesarias en el ejercicio del cargo u oficio, a fin de ir aumentando progresivamente las competencias laborales.

(Art. 19 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.19 ***Prohibiciones del dispensador.*** El dispensador no podrá:

1. Adulterar o modificar en cualquier forma la prescripción.

2. Cambiar el principio activo, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia, cantidad y la dosis prescrita.

3. Dispensar medicamentos alterados o fraudulentos.

4. Violar la reserva a que está obligado por razón de la función que desempeña.

5. Recomendar a los usuarios la utilización de medicamentos.

6. Tener muestras médicas de medicamentos.

7. Tener envases y empaques vacíos, en el servicio farmacéutico, o en aquellos establecimientos farmacéuticos que no estén autorizados para realizar los procesos de reenvase o reempaque de medicamentos.

8. Inducir al paciente o consumidor a la compra de un medicamento que reemplace o sustituya al prescrito o al solicitado.

(Art. 20 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.20 ***Medicamentos de control especial.*** Los medicamentos de control especial estarán sometidos a lo establecido en el presente Capítulo y en la Resolución 1478 de 2006 de 2003 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 21 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.21 ***Procedimiento de inyectología en farmacias-droguerías y droguerías.*** Las farmacias-droguerías y droguerías podrán ofrecer al público el procedimiento de inyectología, en las condiciones siguientes:

1. **Infraestructura y dotación.**

a) Contar con una sección especial e independiente, que ofrezca la privacidad y comodidad para el administrador y el paciente, y que cuente con un lavamanos en el mismo sitio o en sitio cercano;

b) Tener una camilla, escalerilla y mesa auxiliar;

c) Contar con jeringas desechables, recipiente algodonero y cubetas;

d) Tener toallas desechables;

e) Contar con los demás materiales y dotación necesaria para el procedimiento de inyectología.

2. **Recurso humano.** El encargado de administrar el medicamento inyectable debe contar con formación académica y entrenamiento que lo autorice para ello, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

3. **Normas de procedimientos.** Deberán contar y cumplir con normas sobre limpieza y desinfección de áreas, bioseguridad, manejo de residuos y manual de procedimientos técnicos.

4. **Prohibiciones.** No se podrán administrar medicamentos por vía intravenosa ni practicar pruebas de sensibilidad.

5. **Solicitud de la prescripción médica.** La prescripción médica será requisito indispensable para la administración de cualquier medicamento por vía intramuscular.

(Art. 5 del Decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.22 ***Procedimiento de monitoreo de glicemia con equipo por punción.*** Las farmacias-droguerías y droguerías que ofrezcan el procedimiento de inyectología, también podrán ofrecer al público el procedimiento de monitoreo de glicemia con equipo por punción, siempre y cuando el director técnico sea químico farmacéutico o el tecnólogo en regencia de farmacia y que se cumpla con las condiciones siguientes:

1. **Infraestructura y dotación.**

a) Contar con una área especial e independiente, debidamente dotada que ofrezca la privacidad y comodidad para el paciente y para quien aplique la prueba. Con adecuada iluminación y ventilación natural y/o artificial y su temperatura deberá estar entre 15-25°C. Este sitio podrá ser el mismo utilizado para inyectología;

b) Contar con un equipo con registro sanitario del Invima, debidamente calibrado y microlancetas registradas de acuerdo con lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;

c) Contar con tiras reactivas, con registro sanitario del Invima, para cada paciente individual, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 3770 de 2004 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;

d) Conservar la fecha de vencimiento vigente de las tiras reactivas y las condiciones de almacenamiento previstas por el fabricante;

e) Contar con un lavamanos, en el mismo sitio o en sitio cercano;

f) Tener toallas desechables y recipiente algodonero;

g) Contar con materiales y demás dotación necesaria para el procedimiento incluyendo lo requerido para el manejo de desechos;

h) Contar con un libro de registro diario de pacientes y de resultado del monitoreo y donde se encuentre registrada la calibración del equipo;

i) Entregar los resultados al paciente en forma escrita con el nombre de la persona que realizó el procedimiento y no podrá hacer ningún tipo de interpretación;

j) Mantener los registros en archivo, durante el tiempo contemplado en la normatividad vigente.

2. **Recurso humano.** Tanto el director técnico del establecimiento farmacéutico, como la persona encargada de realizar el procedimiento de monitoreo deberán estar suficientemente entrenados y haber recibido claras instrucciones por parte del fabricante o distribuidor. Además deberán cumplir con las normas establecidas sobre bioseguridad, aseo personal, asepsia del sitio y manejo de residuos.

3. **Normas de procedimientos.** Deberán contar y cumplir con normas sobre limpieza y desinfección de áreas, bioseguridad, manejo de residuos y manual de procedimientos técnicos.

4. **Prohibiciones.** Estas pruebas en ningún caso se constituyen como actividades de apoyo y diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento de este tipo de patología, En ningún caso reemplazan las pruebas que se realizan en el laboratorio clínico, y tampoco servirá para cambio de tratamiento sin previa autorización del médico tratante.

(Art. 6 del Decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.23 ***Vigilancia y control.*** La vigilancia y control sobre los procedimientos referidos en los artículos 2.5.3.10.21 y 2.5.3.10.22 del presente decreto, corresponderán a las entidades territoriales de salud que hayan autorizado a dichos establecimientos farmacéuticos a la práctica de los mencionados procedimientos.

(Art. 7 del Decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.24 ***Comité de Farmacia y Terapéutica.*** Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán colocar en funcionamiento el Comité de Farmacia y Terapéutica, entendiéndose como tal, el grupo de carácter permanente al servicio de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que brinda asesoría en el ámbito de sus funciones. Este Comité estará integrado por:

1. El Director (a) o Gerente de la institución o su delegado.

2. El Subdirector (a) del área científica médica o quien haga sus veces.

3. El Director (a) del servicio farmacéutico.

4. Director (a) del departamento de enfermería o quien haga sus veces.

5. Un representante de la especialidad médica respectiva, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

6. Un representante del área administrativa y financiera cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

Parágrafo. El Comité deberá invitar un representante de los usuarios del servicio farmacéutico de la Institución, el que deberá tener la condición de profesional titulado del área de la salud, cuando el tema a tratar tenga relación directa con los intereses de los mismos, y podrá invitar a expertos en los temas que vayan a ser tratados en la respectiva sesión.

(Art. 22 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.25 ***Funciones del Comité de Farmacia y Terapéutica.*** El Comité de Farmacia y Terapéutica deberá desarrollar, como mínimo, las siguientes funciones:

1. Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso y control, y establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de las mismas.

2. Recomendar la solicitud de inclusión y/o exclusión de medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud ante la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y

Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud o quien haga sus veces, de acuerdo con el procedimiento definido para el efecto.

3. Conceptuar sobre las guías de manejo para el tratamiento de las patologías más frecuentes en la Institución.

4. Coordinar con el Comité de Infecciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el impacto, seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales y la eficacia de la terapia farmacológica instaurada en los casos especiales.

5. Recolectar y analizar los datos enviados por el servicio farmacéutico sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, administradoras y a las autoridades correspondientes.

(Art. 23 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.26 ***Información.*** El servicio farmacéutico debe ofrecer a los pacientes, al equipo de salud, a las autoridades del Sector y a la comunidad, información oportuna, completa, veraz, independiente, de calidad y sustentada en evidencia científica sobre medicamentos y dispositivos médicos. La información que solicite una persona sobre el uso adecuado de los medicamentos será ofrecida por el Director del servicio farmacéutico o establecimiento farmacéutico minorista.

(Art. 24 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.27 ***Fuentes de información.*** El servicio farmacéutico debe contar con fuentes científicas de información y establecer canales ágiles de comunicación con los demás servicios de la institución y centros de información de medicamentos.

(Art. 25 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.28 ***Inspección vigilancia y control.*** Sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras autoridades, corresponde a las entidades territoriales de salud, a la Superintendencia Nacional de Salud, y al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, ejercer la inspección, vigilancia y control del servicio farmacéutico, dentro del campo de sus competencias. Estas instituciones adoptarán las acciones de prevención y seguimiento para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Capítulo. Además, adelantarán las investigaciones y aplicarán las sanciones o medidas correctivas a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes.

(Art. 26 del Decreto 2200 de 2005)

Sección 1. Horario de Droguerías y Farmacias

Artículo 2.5.3.10.1.1 ***Horarios diurnos y nocturnos.*** Establécese a partir del 1 de agosto de 1949 el servicio nocturno continuo en días comunes y diurno y nocturno en domingos y días feriados, para las farmacias y droguerías, en todo el territorio nacional.

(Art. 1 del Decreto 2169 de 1949)

Artículo 2.5.3.10.1.2 ***Horario.*** En las capitales de los Departamentos y en las ciudades de más de cuarenta mil habitantes, el servicio nocturno será prestado por las farmacias y droguerías, por medio de turnos que comenzarán a las 8 p.m. y terminarán a las 8 a.m.

El servicio diurno para estos establecimientos en los domingos y días feriados, será atendido desde las 12 m. hasta las 8 p.m.

(Art. 2 del Decreto 2169 de 1949)

Artículo 2.5.3.10.1.3 ***Competencia.*** Las autoridades territoriales establecerán y reglamentarán debidamente los turnos de que trata el artículo anterior, atendiendo las necesidades de los distintos sectores de cada localidad.

(Art. 3 del Decreto 2169 de 1949)

Artículo 2.5.3.10.1.4 Las farmacias, durante todo el tiempo que les corresponda prestar este servicio, tendrán un aviso, de preferencia luminoso que diga "Farmacia de Turno". Todas las demás fijarán en lugar visible la lista de las que están de turno, con la indicación de las direcciones de ellas a fin de orientar al público solicitante.

(Art. 4 del Decreto 2169 de 1949)

TÍTULO 4
CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTIDADES TERRITORIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo 1
Certificación de entidades territoriales para la prestación de servicios de salud

Artículo 2.5.4.1.1 ***Objeto y campo de aplicación.*** El presente Capítulo tiene por objeto establecer las capacidades y estándares administrativos, fiscales y técnicos, así como los procedimientos y términos necesarios para que los municipios obtengan la certificación para asumir la gestión de la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de su jurisdicción, de conformidad con el artículo 45 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 25 de la Ley 1176 de 2007.

(Art. 1 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.2 ***De la asunción de la prestación de los servicios de salud.*** Se entiende por asunción de la prestación de los servicios de salud por parte de los municipios certificados, la gestión de los recursos propios o asignados para garantizar la prestación de servicios de salud de baja complejidad requeridos por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de manera oportuna y eficiente, a través de las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, atendiendo el diseño de la red de prestación de servicios de salud definida por el respectivo departamento y las normas relacionadas que regulan y controlan la oferta.

Cuando la oferta de servicios de las Empresas Sociales del Estado no sea suficiente en el municipio o en su área de influencia, el municipio certificado, previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social o quien este delegue, podrá contratar con otras instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental. Se entiende por asumir directamente nuevos servicios de salud o ampliar los existentes, la creación de Empresas Sociales del Estado del nivel municipal o la creación o ampliación de los servicios habilitados en las existentes.

Sin embargo, si en concepto del departamento se requiere la ampliación de los servicios en un municipio certificado para gestionar la prestación de servicios de salud, esta ampliación se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado existentes que operen en el área de influencia del departamento. Estas modificaciones deben ser aprobadas por las autoridades nacionales correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente sobre la materia.

(Art. 2 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.3 ***Articulación a la red departamental.*** El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, cuya organización, dirección, coordinación y administración es competencia de los departamentos.

Los municipios que cuenten con Empresas Sociales del Estado del nivel municipal deberán articular su portafolio de servicios al diseño de la red departamental, en los términos de la Ley 715 de 2001.

(Art. 3 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.4 ***Proceso de certificación para asumir la prestación de servicios de salud.*** Para obtener la certificación que permita asumir la prestación de los servicios de salud, en los términos dispuestos en el presente Capítulo, los municipios deberán demostrar las capacidades y estándares técnicos, administrativos y fiscales en las áreas de dirección territorial de salud, salud pública colectiva y régimen subsidiado. En el caso que el municipio cuente con Empresa Social del Estado del nivel municipal, deberá demostrar además, capacidades y estándares en el área de prestación de servicios, de acuerdo con los criterios definidos en el presente Capítulo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá

la metodología de verificación, términos y soportes para realizar el proceso de certificación.

(Art. 4 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.5 ***Capacidades y estándares administrativos.*** Las capacidades y estándares administrativos que deben demostrar los municipios para asumir la prestación del servicio de salud son:

1. Área de dirección territorial de salud:

1.1. El funcionario del nivel directivo responsable del desarrollo o cumplimiento de las competencias de dirección del sector salud, debe cumplir con las funciones y requisitos señalados en la normatividad vigente sobre la materia.

1.2. Plan Territorial de Salud aprobado de acuerdo con la normatividad en términos de estructura del plan y plazos de presentación, y coherente con el perfil epidemiológico.

1.3. Consejo Territorial de Seguridad Social conformado y operando de acuerdo con la normatividad vigente sobre la materia.

1.4. No encontrarse en aplicación de medidas preventivas, correctivas y de control en el sector salud, por parte de las autoridades competentes.

1.5. No haber recibido sanciones en el sector salud, durante el último año del periodo institucional del Alcalde Municipal.

1.6. No haber perdido la certificación para asumir la competencia de prestación durante el último año del periodo institucional del Alcalde Municipal.

1.7. Propuesta técnica y financiera para asumir la competencia de prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de su jurisdicción, con concepto de viabilidad por parte del departamento.

2. Área de régimen subsidiado:

2.1. 100% de contratos vencidos del régimen subsidiado liquidados, que hayan sido suscritos durante periodo institucional del Alcalde Municipal, así como de los contratos vencidos en la última vigencia de la administración anterior.

2.2. 100% de los contratos suscritos, cargados y validados ante el Consorcio administrador de los recursos de Fosyga.

3. Área de salud pública colectiva:

3.1. Análisis de la situación de salud del municipio actualizada.

3.2. Cumplimiento mínimo del 90% de las metas del Plan de Intervenciones Colectivas.

3.3. Informe de seguimiento del cumplimiento de las metas de promoción y pre-vención de los contratos de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado e informe de seguimiento sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento cuando aplique. Los anteriores casos con las evidencias de intervención del municipio en caso de incumplimiento.

3.4. Contratación oportuna de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas con la red pública, o con otras instituciones prestadoras de servicios de salud.

4. Área de prestación de servicios:

4.1. Nombramiento en propiedad del gerente de la Empresa Social del Estado de acuerdo con las normas vigentes.

4.2. Evaluación de desempeño del gerente de la Empresa Social del Estado de acuerdo con las normas vigentes.

4.3. Conformación y funcionamiento de la junta directiva de la Empresa Social del Estado de acuerdo con las normas vigentes, con asistencia de los representantes del sector político administrativo en su período.

(Art. 5 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.6 ***Capacidades y estándares técnicos.*** Las capacidades y estándares técnicos que deben demostrar los municipios para asumir la prestación del servicio de salud son:

1. Área de dirección territorial de salud:

1.1. Sisbén actualizado y funcionando, bajo parámetros de calidad definidos por el Departamento Nacional de Planeación.

2. Área de Régimen Subsidiado:

2.1. Porcentaje de cargue de afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA igual o superior al 90% de los afiliados contratados, al momento de presentar la solicitud.

2.2. 100% de carnetización de los cupos contratados al momento de presentar la solicitud.

2.3. Certificación de existencia y seguimiento de los informes de interventoría de los contratos del régimen subsidiado celebrados durante el periodo institucional del Alcalde Municipal.

3. Área de salud pública:

3.1. 95% de cobertura de vacunación con el esquema del Plan Ampliado de Inmu-nizaciones (PAI) verificada por la encuesta de cobertura según la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2. Acreditar la gestión para el mejoramiento de la calidad del agua para el consumo humano de conformidad con las directrices departamentales basadas en la vigilancia.

3.3. Acreditar la implementación de las estrategias para la reducción de la morta-lidad materna.

3.4. Acreditar la implementación de la estrategia de Atención Integral de las Enfer-medades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de manera integral.

3.5. 90% de las unidades primarias generadoras de datos del municipio notificando los eventos de obligatorio reporte al Sistema de Vigilancia Epidemiológica - Sivigila.

4. Área de Prestación de servicios:

4.1. Empresa Social del Estado inscrita en el Registro Especial de Prestadores.

4.2. Portafolio de servicios de la Empresa Social del Estado cumpliendo lo definido en la red del departamento, y las normas relacionadas que regulan y controlan la oferta.

(Art. 6 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.7 ***Capacidades y estándares fiscales.*** Las capacidades y estándares fiscales que deben demostrar los municipios para asumir la prestación del servicio de salud son:

1. Área de dirección territorial de salud:

1.1. Conformación y operación del fondo municipal de salud y cuentas maestras de acuerdo con la normatividad vigente.

2. Área de régimen subsidiado:

2.1. Informe de cartera del municipio con las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado sobre los contratos vigentes. El vencimiento de la cartera no puede superar 30 días de mora en los contratos vigentes.

2.2. 100% de los recursos, girados por Nación y recaudados por el municipio, que vayan a ser destinados a la afiliación al régimen subsidiado manejados a través de la cuenta maestra.

2.3. Acreditar que el 100% de los recursos asignados para la afiliación en el régimen subsidiado, fueron comprometidos (contratados).

2.4. Al momento de presentar la solicitud, acreditar el cumplimiento de los reportes de información solicitados en el marco de la Resolución 1021 de 2009 o la que la modifique, adicione o sustituya.

3. Área de salud pública colectiva:

3.1. 100% de los recursos asignados para salud pública manejados a través de la cuenta maestra.

3.2. 100% de los recursos asignados para salud pública efectivamente ejecutados de acuerdo con los lineamientos del Plan de Salud Territorial.

4. Área de prestación de servicios:

4.1. Empresas Sociales del Estado en equilibrio financiero a partir de recaudos.

4.2. Pasivo corriente de la Empresa Social del Estado, inferior al 10% de los ingresos corrientes reconocidos.

(Art. 7 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.8 ***Procedimiento para la certificación.*** Para que los municipios obtengan la certificación que les permita asumir la prestación de los servicios de salud en los términos y condiciones establecidos en el presente Capítulo, se adelantará el siguiente procedimiento:

1. Presentación de solicitud por parte del alcalde municipal ante la dirección departa-mental de salud respectiva, anexando los soportes del cumplimiento de las capacidades y estándares, de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Recibida la documentación, la dirección departamental de salud, procederá a:

a. Revisar que la documentación esté completa de acuerdo con lo establecido en la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si la documentación no está completa, la dirección departamental de salud dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud, procederá a su devolución al respectivo municipio, señalando la causa de la misma, caso en el cual, este deberá allegar la documentación faltante, en un término no superior a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la devolución.

b. Una vez se cuente con la documentación completa, la dirección departamental de salud dispondrá de un plazo de cuarenta y cinco (45) días hábiles para emitir el respectivo concepto de recomendación que se enviará al Ministerio de Salud y Protección Social.

De considerarlo necesario, la dirección departamental de salud podrá solicitar informa-ción adicional o realizar visitas de campo para constatar la información suministrada por el respectivo municipio y su capacidad para asumir la competencia. Estas actividades se deberán realizar dentro del término antes señalado, sin que en ningún caso se superen los cuarenta y cinco (45) días hábiles establecidos para emitir el concepto de recomendación o no de la certificación.

Para efectos de emitir el concepto de recomendación o no de la certificación, la di-rección territorial de salud deberá verificar y analizar:

i. Que el municipio cumpla con las capacidades y estándares técnicos, administrativos y fiscales en las áreas de dirección territorial de salud, salud pública colectiva, régimen subsidiado y prestación de servicios, establecidas en el presente Capítulo, cuando aplique, conforme al artículo 2.5.4.1.4 del presente decreto.

ii. Que sea positivo el impacto de la certificación municipal en la organización, opera-ción y financiación de la red, de acuerdo con los lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

iii. Evaluados los numerales i) y ii) la dirección territorial de salud emitirá concepto de recomendación o no de a certificación con la estructura definida por el Ministerio de Salud y Protección Social y enviará la documentación y el concepto a dicho Ministerio.

3. Una vez recibido el concepto de recomendación y la respectiva documentación, enviada por la dirección territorial de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de cuarenta y cinco (45) días hábiles prorrogables hasta por un término igual, para emitir el respectivo concepto. De considerarlo necesario, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá solicitar información adicional o realizar visitas de campo para constatar la información suministrada por el respectivo municipio y su capacidad para asumir la competencia. Estas actividades se deberán realizar dentro del término antes señalado, sin que en ningún caso se superen los cuarenta y cinco (45) días hábiles establecidos para emitir el concepto, o por el término de la prórroga.

4. Vencido el término anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro los treinta (30) días hábiles siguientes, expedirá el acto administrativo de certificación o negación de la solicitud de certificación, el cual deberá ser notificado al municipio solicitante y al departamento respectivo, quienes podrán presentar los recursos de ley en los términos establecidos en el Código Contencioso Administrativo.

En caso de que la solicitud de certificación sea negada, el municipio no podrá solicitarla nuevamente dentro del año siguiente al acto de negación.

5. Una vez en firme el acto administrativo de certificación, el Ministerio de Salud y Protección Social reportará la información al Departamento Nacional de Planeación - DNP, para efectos de la asignación de recursos del componente de prestación de servicios de salud del Sistema General de Participaciones, a partir de la vigencia fiscal siguiente a la obtención de la certificación.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social previa verificación de las capacida-des de los departamentos, podrá delegar a estos la certificación de los municipios de su jurisdicción.

(Art. 8 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.9 ***Efecto y vigencia de la certificación.*** La certificación que se realice conforme a lo dispuesto en el presente Capítulo, producirá efecto a partir de la vigencia fiscal siguiente del año en que haya sido notificada, fecha en la cual

el municipio podrá asumir la prestación de los servicios de salud en los términos del presente Capítulo y de las demás normas que regulen la materia.

(Art. 9 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.10 ***Certificación de municipios nuevos.*** Los municipios que se creen por parte de las Asambleas Departamentales a partir del 23 de diciembre de 2009, solo podrán solicitar la certificación para asumir la gestión de la prestación de los servicios de salud, dos (2) años después de su creación, siguiendo el procedimiento establecido en el presente Capítulo.

(Art. 10 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.11 ***Evaluación y seguimiento de los municipios certificados.*** Los municipios que se certifiquen en virtud del presente Capítulo, mantendrán su condición de certificados mientras demuestren capacidad de gestión, de acuerdo con la evaluación que se realice en los términos previstos en los artículos 2.5.4.3.1 a 2.5.4.3.6 del presente decreto, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Se considerará evaluación insatisfactoria cuando el departamento, al realizar la evaluación encuentra que el municipio está sujeto a alguna o algunas de las siguientes medidas: (i) correctivas previstas en el Decreto 28 de 2008, (ii) sancionatorias de que trata el artículo 2 de la Ley 1122 de 2007, (iii) de giro directo impuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y (iv) medidas de toma de posesión de la Dirección Municipal de Salud o sanciones por manejo inadecuado de los recursos de salud, impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. La evaluación de los municipios certificados, se realizará anualmente sobre la vigencia fiscal inmediatamente anterior. Cuando la evaluación sea satisfactoria el municipio continuará con la certificación; si la evaluación es insatisfactoria el resultado producirá efecto a partir del 1° de enero de la vigencia fiscal siguiente del año en que haya sido notificado el resultado de la evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social informará al Departamento Nacional de Planeación los municipios que continúan y que pierden la certificación.

Parágrafo 2. Cuando el resultado de la evaluación sea insatisfactorio el Ministerio de Salud y Protección Social remitirá copia de la misma a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 11 del Decreto 4973 de 2009)

Capítulo 2
Prestación de servicios de salud por distritos creados con posterioridad a la Ley 715 de 2001

Artículo 2.5.4.2.1 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** Los artículos siguientes tienen por objeto determinar los requisitos para que los distritos creados con posterioridad a la Ley 715 de 2001 asuman la competencia de la prestación de

servicios de salud, en concordancia con las competencias señaladas en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 1 del Decreto 2459 de 2015)

Artículo 2.5.4.2.2 ***Requisitos para la conformación de la prestación de servicios de salud.*** Los distritos creados con posterioridad a la Ley 715 2001 deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Presentar para aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las de Empresas Sociales del Estado conforme al artículo 156 de la Ley 1450 de 2011,. o aquellas que la modifiquen o sustituyan.

2. Formular, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales Estado (ESE), el Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud, conforme a lo establecido en las Resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013, o las normas que la modifiquen o sustituyan. Para tal fin, el Ministerio Salud y Protección Social deberá disponer lo pertinente para que el distrito respectivo pueda registrar los proyectos en aplicativo de Planes Bienales Inversiones Públicas en Salud.

(Art. 2 del Decreto 2459 de 2015)

Artículo 2.5.4.2.3 ***Cumplimiento requisitos para asumir prestación de servicios de salud.*** A partir de la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social haya aprobado el cumplimiento del requisito establecido en el numeral 1 del artículo anterior, los Distritos asumirán la competencia de la prestación de servicios de salud.

(Art. 3 del Decreto 2459 de 2015)

Artículo 2.5.4.2.4 ***Competencias en salud.*** Los distritos, además de las competencias de prestación de servicios de salud a que se refieren los artículos 2.5.4.2.1 a 2.5.4.2.6 del presente decreto, tendrán las mismas competencias en salud los municipios y departamentos, conforme lo establecen los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 4 del Decreto 2459 de 2015)

Artículo 2.5.4.2.5 ***Actividades a desarrollar por parte de los distritos.*** Además de las competencias en cuanto a la prestación de servicios de salud, previstas en el numeral 43.2 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001 para los departamentos, los distritos a que se refieren los artículos refieren los artículos 2.5.4.2.1 a 2.5.4.2.6 del presente decreto, en cumplimiento de sus funciones, deberán, entre otras actividades:

1. Efectuar reporte de información de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción, en cumplimiento de los artículos 2.5.3.8.2.1 a 2.5.3.8.2.6 del presente decreto, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

2. Adelantar las acciones en cumplimiento de las disposiciones sobre el Sistema Único Habilitación, previstas en el Título 1 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto y la Resolución 2003 de 2014 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

3. Elaborar el Plan Financiero Territorial de Salud conforme a la Resolución 4015 de 2013, o normas que la modifiquen o sustituyan.

4. Adelantar las acciones que competen respecto de Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción, categorizadas en riesgo medio o alto que deban adoptar Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, conforme a la Ley 1608 de 2013 y las normas que la desarrollen, o que deban someterse a Planes Integrales de Gestión de Riesgo con la Superintendencia Nacional de Salud u otras medidas que se definan en la normativa correspondiente.

(Art. 5 del Decreto 2459 de 2015)

Artículo 2.5.4.2.6 ***Distribución General Participaciones.*** Para efectos de la distribución del Sistema General de Participaciones, la aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social prevista en el artículo 2.5.4.2.3 de este decreto tendrá efectos a partir de la distribución de la vigencia siguiente. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación, la condición de distrito certificado en salud conforme a lo previsto en el presente Capítulo, así como, lo previsto en el párrafo tercero del artículo 2.4.10 del presente decreto.

(Art. 6 del Decreto 2459 de 2015)

Capítulo 3
Evaluación de municipios certificados para la prestación de servicios de salud

Artículo 2.5.4.3.1 ***Objeto y campo de aplicación.*** Las disposiciones contenidas en el presente Capítulo tienen por objeto establecer el procedimiento de evaluación de los municipios que fueron certificados a 31 de julio de 2001 y hayan asumido la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 1 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.3.2 ***Capacidad de gestión.*** Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hubieran asumido la prestación de los servicios de salud podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando demuestren capacidad de gestión en las áreas de dirección y de prestación de servicios de salud, evaluada de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual tendrá en cuenta como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Adecuado manejo de los recursos financieros destinados al sector salud en los componentes de aseguramiento, salud pública y prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

2. Implementación de procedimientos de gestión de la dirección del sector salud en el ámbito municipal.

3. Articulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del orden municipal a la red departamental de prestación de servicios de salud.

4. Demostración de condiciones de sostenibilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de carácter municipal en los términos establecidos en la política de prestación de servicios de salud, definidas en desarrollo de lo dispuesto en el numeral 42.14 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001.

5. Ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, debidamente soportada en la compra de servicios de salud, mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados en los términos convenidos en los respectivos contratos, exceptuándose, las condiciones especiales previstas en la normatividad vigente.

Parágrafo. Cuando el Departamento no haya organizado la red departamental de servicios de salud, en los términos del artículo 54 de la Ley 715 de 2001, no será exigible lo dispuesto en el numeral 3 del presente artículo.

(Art. 2 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.3.3 ***Procedimiento de evaluación de la capacidad de gestión.*** La evaluación de la capacidad de gestión de que trata el artículo anterior, se efectuará de acuerdo con la metodología de evaluación que anualmente determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual deberá ser dada a conocer a los departamentos a más tardar el 30 de abril del año objeto de evaluación.

Parágrafo. Para efectos de la evaluación de la capacidad de gestión de la vigencia 2005, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá dar a conocer la metodología de evaluación a más tardar el 31 de agosto de 2005.

(Art. 3 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.3.4 ***Evaluación y verificación de la capacidad de gestión.*** La evaluación y verificación de la capacidad de gestión, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores, se realizará anualmente por las direcciones departamentales de salud, mediante acto administrativo proferido por el Gobernador, el cual se notificará al Alcalde Municipal de conformidad con lo establecido en los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo.

Parágrafo 1. Los departamentos podrán recomendar la formulación de planes de mejoramiento para ser ejecutados por los municipios, en aquellos aspectos susceptibles de mejora durante el siguiente año a la evaluación, siempre y cuando hayan sido evaluados satisfactoriamente.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá verificar en cualquier tiempo la evaluación, bien sea por iniciativa propia o por solicitud del municipio evaluado o del respectivo departamento.

Si como resultado de la verificación anterior, se establecen inconsistencias respecto de la evaluación efectuada por el departamento frente a lo dispuesto en la metodología de que trata el artículo anterior el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá solicitar al Departamento la revisión y ajuste de la correspondiente evaluación.

(Art. 4 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.3.5 ***Reporte de la información.*** Las direcciones departamentales de salud deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social, en los formatos que para el efecto este determine, la información correspondiente a la evaluación respectiva, a más tardar el 30 de junio de cada año.

Parágrafo 1. El no reporte de la información por parte de los departamentos en los plazos establecidos en el presente artículo, o el reporte incorrecto que induzca a error en la asignación de los recursos, conllevará a que los responsables del mismo se hagan acreedores a las sanciones a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en el artículo 96 de la Ley 715 de 2001 y la Ley 734 de 2001.

Parágrafo 2. En aquellos municipios en donde por razones de orden público, caso fortuito o fuerza mayor, no sea posible efectuar la evaluación de la capacidad de gestión de que trata el presente acápite, se tendrá en cuenta el resultado de la evaluación obtenida en el año anterior, siempre y cuando el Gobernador del respectivo Departamento certifique la situación, ante el Ministerio de Salud y Protección Social, a más tardar el 30 de junio de cada año.

(Art. 5 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.3.6 ***Evaluación insatisfactoria.*** Los municipios que no demuestren capacidad de gestión, de acuerdo con la metodología que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, no podrán continuar asumiendo la competencia de la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y, en consecuencia, será el respectivo departamento quien asuma la responsabilidad de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de esa población.

(Art. 6 del Decreto 3003 de 2005)

TÍTULO 5
INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA Y/O TÉCNICA DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN

Capítulo 1
Intervención Forzosa y Revocatoria de Autorización

Artículo 2.5.5.1.1 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como en los de intervención técnica y administrativa de las Direcciones Territoriales de Salud, las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999, y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

(Art. 1 del Decreto 1015 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.2 La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, señaladas por los artículos 42.8 y 68 de la Ley 715 de 2001 podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las instituciones prestadoras de salud sin ánimo de lucro, con las excepciones allí previstas. Para este efecto, aplicará el procedimiento administrativo respectivo, conforme a las normas a que alude el artículo anterior.

Con el propósito de que se adopten las medidas concernientes, la Superintendencia Nacional de Salud, comunicará la decisión administrativa correspondiente.

(Art. 2 del Decreto 1015 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.3 La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o contributivo en las Entidades Promotoras de Salud y EPS del régimen subsidiado, cualquiera sea su naturaleza, de conformidad con la evaluación previa, el grado y la causa de la falta, anomalía e ineficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Para tales efectos, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas de procedimiento previstas en el Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999 y el Decreto 2555 de 2010 y demás disposiciones que los modifican y desarrollan.

(Art. 1 del Decreto 3023 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.4 Cuando se trate de la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o del régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará como liquidador para adelantar dicho proceso al Representante Legal de la entidad autorizada para operar el ramo o programa correspondiente y como Contralor el Revisor Fiscal de la misma.

No obstante, cuando la intervención para liquidar a la que se hace referencia en el artículo anterior del presente decreto se origine en conductas imputables al Representante Legal o al Revisor Fiscal o cuando estos incurran en violaciones a las disposiciones legales o incumplan las órdenes o instrucciones impartidas por el

ente de control, la Superintendencia Nacional de Salud deberá solicitar su remoción para que el órgano nominador correspondiente proceda a designar su reemplazo en forma inmediata. Cuando no se atienda esta orden, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a designar en forma temporal al Liquidador y al Contralor.

Parágrafo 1. Lo previsto en este artículo se aplicará frente a las entidades públicas cuando proceda la revocatoria del certificado de autorización del ramo o programa tratándose de intervención total de la entidad.

Parágrafo 2. Por las actividades de la liquidación del ramo, el Representante Legal y Revisor Fiscal de la entidad autorizada, no recibirán remuneración diferente a la que perciben en el desempeño de su cargo.

Parágrafo 3. Los Representantes Legales y Revisores Fiscales que asuman las funciones mencionadas dentro de un proceso de liquidación total del ramo o programa, deberán sujetarse a las instrucciones que imparta la Superintendencia Nacional de Salud en la conformación del inventario de bienes y desarrollo del proceso, en aras de garantizar los principios de eficiencia y transparencia.

(Art. 2 del Decreto 3023 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.5 Cuando sea procedente el nombramiento de un Liquidador o Contralor, estos deberán acreditar las calidades laborales y profesionales establecidas para los cargos de Representante Legal y Revisor Fiscal en la respectiva institución.

Los criterios para la determinación de la remuneración de los Liquidadores y Contralores, serán los que se apliquen para estos, cuando sean designados por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, sin que sean procedentes remuneraciones superiores en el sector salud frente al sector financiero conforme a las reglas y clase de entidades intervenidas, realizadas las correspondientes equivalencias.

(Art. 3 del Decreto 3023 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.6 La revocatoria de autorización de funcionamiento de uno o varios negocios de las entidades promotoras de salud de carácter público, la medida de intervención para liquidar total o parcialmente dichas entidades y la resolución definitiva de tales decisiones por parte de la entidad competente, requerirá el concepto previo no vinculante del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

Para tal efecto, la entidad competente remitirá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, la evaluación previa que sustente las razones por las cuales pretende tomar esta decisión. Cuando la decisión sea objeto de recurso, antes de resolver, enviará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, el expediente en el estado en que se encuentre.

Una vez emitido el respectivo concepto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, este devolverá el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud o a la entidad que haga sus veces.

(Art. 1 del Decreto 3085 de 2003)

Artículo 2.5.5.1.7 Los términos de las actuaciones y de los recursos interpuestos relacionados con la revocatoria de la autorización o la intervención para liquidar, se suspenderán a partir de la remisión al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces y hasta tanto, éste comunique a la entidad competente su concepto.

(Art. 2 del Decreto 1566 de 2003)

Artículo 2.5.5.1.8 ***De la revocatoria, la suspensión de la autorización de funcionamiento o la revocatoria de la habilitación.*** La revocatoria y la suspensión de la autorización de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud o de una EPS del régimen subsidiado, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad, podrá adoptarse por el Superintendente Nacional de Salud, en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refieren los artículos 230 y 153 numeral 4 de la Ley 100 de 1993 o las que se determinen en las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes, mediante providencia debidamente motivada, previo un derecho de contradicción el cual tendrá como mínimo un período para la defensa de cinco (5) días hábiles.

La existencia de estas causales podrá establecerse, a partir de la información que reposa en la Superintendencia Nacional de Salud con ocasión de la información que las entidades deban enviar en cumplimiento de regulaciones de carácter general o en virtud de información que se les solicite de manera particular a la entidad vigilada; a través de la información que se obtenga en ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control; o a partir de las visitas que realice el organismo de control.

Como consecuencia de la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la habilitación de una Entidad Promotora de Salud o Entidad EPS del régimen subsidiado, la Superintendencia Nacional de Salud podrá efectuar la toma de posesión de bienes, haberes y negocios, adoptar medidas cautelares o permitir que la entidad a la cual se le revocó proceda de acuerdo con sus propios estatutos, previas instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 5 del Decreto 506 de 2005)

Artículo 2.5.5.1.9 ***Medidas cautelares y toma de posesión.*** Las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se regirán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la habilitación, por el cumplimiento de las causales previstas en los estatutos para la liquidación o por la ocurrencia de las causales de revocatoria, cuando esté en riesgo

el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud o la prestación del servicio a sus afiliados.

Las medidas cautelares y de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Nacional de Salud, serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.

La revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la habilitación pueden adoptarse simultáneamente o de manera independiente con la toma de posesión, cuando esas mismas causales que la originan puedan poner en peligro los recursos de la seguridad social en salud o la atención de la población afiliada. Cuando la revocatoria sea simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.

(Art. 6 del Decreto 506 de 2005)

Capítulo 2
Tasa anual de inspección vigilancia y control

Artículo 2.5.5.2.1 ***Tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud.*** Las entidades de derecho público o privadas y las entidades sin ánimo de lucro, con excepción de las que por ley estén exentas de tal obligación, cuya inspección, vigilancia y control corresponda a la Superintendencia Nacional de Salud, cancelarán una tasa anual destinada a garantizar el cumplimiento o desarrollo de las funciones propias de la Superintendencia respecto de tales entidades.

De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política el Gobierno Nacional fijará la tasa de acuerdo con los sistemas y métodos establecidos en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, de conformidad con la reglamentación contenida en el presente Capítulo.

(Art. 1 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.2.2 ***Definición de bases para el cálculo de la tasa.*** La tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud incluirá el valor del servicio prestado por esta a las entidades sujetas a su supervisión y control. El Gobierno Nacional establecerá anualmente los costos de supervisión y control para cada clase de tales entidades, los cuales serán objeto de recuperación mediante la tasa. La determinación de los costos se hará teniendo en cuenta los factores que signifiquen actividades directas o indirectas de la Superintendencia respecto de los sujetos pasivos de la tasa y se fijarán con base en principios de eficiencia.

1. Tarifa no ajustada de la tasa

El monto de la tasa impuesta a cada una de las entidades a que se refiere el presente artículo guardará equitativa proporción con los respectivos activos de esta. Para los presentes efectos se entenderá por *t* la tarifa no ajustada de la tasa, la cual será igual a la proporción que los activos totales de cada sujeto de supervisión y control tengan en el total de activos de los sujetos de la clase de que se trate.

$$t = \frac{a}{A}$$

Donde:

a = Activos totales de la entidad sujeta a la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud para la cual se está realizando el cálculo de la tasa.

A = Activos totales de las entidades pertenecientes a la misma clase que la entidad sujeta a la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud para la cual se está realizando el cálculo de la tasa.

2. Tasa básica (no ajustada)

Se entenderá por *c* la tasa básica (no ajustada) resultante de aplicar la tarifa *t* a los costos correspondientes a la clase respectiva de sujetos de vigilancia (CT), determinados conforme lo establece el primer inciso de este artículo.

$$C = t * CT$$

(Art. 2 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.2.3 ***Asignación de coeficientes de costo-beneficio.*** A los factores a los que se refiere el artículo anterior se asignará un coeficiente que permita medir la relación costo-beneficio que tales actividades representan para los sujetos de supervisión y control. Dichos factores estarán determinados por el tipo de actividad a que se dedique principalmente cada clase de sujetos de supervisión y control. Para estos efectos, el Superintendente Nacional de Salud, mediante resolución de carácter general, clasificará a los sujetos de su supervisión y control según se dediquen exclusiva o principalmente a alguna de las siguientes actividades, a cada una de las cuales corresponderá el coeficiente respectivo.

1. Recaudo de recursos-EPS y Entidades asimiladas

$$a = \frac{\left[\frac{(Recaudo_t - Recaudo_{t-1})}{Recaudo_{t-1}}\right]}{[(C_t - C_{t-1})/C_{t-1}]}$$

Donde:

$Recaudo_{\,t}$ =: Recaudo de recursos del Sistema General de Salud realizado por el sujeto de supervisión y vigilancia en el último período.

$Recaudo_{\,t}$ =Recaudot-1: Recaudo en el período anterior a aquél.

C_t = Costo asignado al sujeto de supervisión con sujeción a las reglas indicadas en el artículo anterior, y

C_{t-1} =Costo asignado al sujeto de supervisión en el período anterior.

2. Generación de recursos-licoreras. Registro y todas las demás entidades que generan recursos para el sector salud.

$$b = \frac{\left[\frac{(Recursos\ generados_{t} - Recursos\ generados_{t-1})}{Recursos\ generados_{t-1}}\right]}{[(C_t - C_{t-1})/C_{t-1}]}$$

Donde:

$Recursos\ generados_t$ = Monto de recursos para el Sistema General de Salud generado por el sujeto de supervisión y vigilancia en el último período.

$Recursos\ generados_{t-1}$ = Monto de recursos generado para el período anterior a aquél.

C_t = Costo asignado al sujeto de supervisión con sujeción a las reglas indicadas en el artículo anterior, y

C_{t-1} = Costo asignado al sujeto de supervisión en el período anterior.

3. Prestación de servicios-IPS

$$c = \frac{\left[\frac{(Gastos\ Operacionales_t - Gastos\ Operacionales_{t-1})}{Gastos\ Operacionales_{t-1}}\right]}{[(C_t - C_{t-1})/C_{t-1}]}$$

Donde:

$Gastos\ Operacionales_t$ = Son los costos de prestación del servicio del sujeto respectivo en el último período, y

$Gastos\ Operacionales_{t-1}$ = Costos de prestación del servicio del sujeto respectivo en el período anterior a aquél.

C_t = Costo asignado al sujeto de supervisión con sujeción a las reglas indicadas en el artículo anterior,

C_{t-1} = Costo asignado al sujeto de supervisión en el período anterior.

Parágrafo. En caso de que algún sujeto de vigilancia realice simultáneamente varias de las actividades descritas en este artículo, la Superintendencia determinará en la forma prevista en el inciso primero de este artículo, el coeficiente específico que debe aplicarse.

(Art. 3 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.2.4 ***Determinación de coeficientes de costo-beneficio.*** Los Coeficientes de Costo-Beneficio a los que se refiere el presente artículo se determinarán teniendo en cuenta la ubicación geográfica y las condiciones socioeconómicas de la población, mediante la aplicación del Factor de Ajuste W.

1. Cálculo del factor de ajuste W

Para los presentes efectos se determinará, para cada sujeto de vigilancia, el Factor de Ajuste W, con arreglo a la fórmula siguiente:

$$W = (ICV_m - ICV_p)/ ICVP_p$$

Donde:

ICV_m= Índice de condiciones de vida del municipio o distrito en el que está localizado o realiza la mayoría o una parte importante de sus actividades el sujeto de supervisión y control.

ICV_p= Índice de Condiciones de Vida de la Nación.

Para el cálculo del Factor de Ajuste W se utilizarán los índices de condiciones de vida calculados por el Departamento Nacional de Planeación con base en la información obtenida en censos de población de carácter general. El Factor de Ajuste W siempre será igual o inferior a 0.

2. Ajuste de Coeficientes de Costo-Beneficio.

Los Coeficientes de Costo Beneficio se ajustarán para reflejar la ubicación geográfica del sujeto de supervisión y control y las condiciones socioeconómicas de la población. El ajuste se hará mediante la siguiente fórmula:

Y = (a, b, c ó d) * (1+W)

Donde:

Y = Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas.

El Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas de la población Y nunca será mayor que 1 ni menor que 0.90.

Aplicación del Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y a la tasa básica (sin ajustes) c

El Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y se aplicará a la tasa básica (sin ajustes) c con arreglo a la fórmula siguiente:

$$cc = Y * t * CT$$

CC= Tasa Básica ajustada por Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y

(Art. 4 del Decreto 1405 de 1999, literal b) inciso 3 modificado por el artículo 1 del Decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.5 ***Factor de ajuste.*** Para efectos de calcular el factor de ajuste por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas de la población contemplado en el artículo 2.5.5.2.4 del presente decreto, se aplicará el índice de condiciones de vida (ICV) del municipio o distrito en que esté ubicada la sede principal de la entidad vigilada. Cuando el índice de condiciones de vida, ICV, no haya sido medido por el Departamento Nacional de Planeación, se aplicará el menor valor entre el índice de condiciones de vida, ICV, del departamento al cual pertenece el municipio y el índice de condiciones de vida, ICV, promedio nacional.

(Art. 13 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.6 ***Evaluación de Factores Sociales, Económicos y Geográficos.*** El cálculo de la tasa incluirá la evaluación de factores sociales, económicos y geográficos que incidan en las entidades sujetas a la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Tal evaluación se hará mediante la aplicación del Factor de Ajuste W calculado de la manera indicada en el artículo anterior, de conformidad con la siguiente fórmula:

$$ccf = (1 + W) * cc$$

Donde:

ccf= Tasa Básica ajustada por Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y, con evaluación de factores sociales, económicos y geográficos que inciden en el sujeto de supervisión y control. El valor de (1 +W) siempre será igual o inferior a 1, pero superior a 0.90.

(Art. 5 del Decreto 1405 de 1999, inciso 2 modificado por el artículo 2 del decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.7 ***Fórmula para el Cálculo y Determinación de la Tasa.*** Los factores variables y coeficientes a los que se refiere el presente Capítulo se sintetizan en la siguiente fórmula matemática, la cual será utilizada para el cálculo y la determinación de la tasa que corresponda a cada sujeto de supervisión y control:

$$ccf = [(1 + W) * (Y * t * CT)]$$

El cálculo de cada uno de los componentes de la fórmula precedente se hará de conformidad con lo dispuesto en el presente Capítulo.

(Art. 6 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.2.8 ***Liquidación y Cobro de la Tasa.*** La tasa que se regula en el presente Capítulo será liquidada por la Superintendencia Nacional de Salud con sujeción a las reglas aquí contenidas.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante acto administrativo de carácter individual, podrá exigir el pago de la tasa a los sujetos de su supervisión y control, en una o varias cuotas, en las fechas y de la forma que esta señale. El manejo de estos recursos será acorde con las normas sobre presupuesto.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá exigir a las entidades sujetas al pago de la tasa a la que se refiere el presente artículo la remisión de los informes que se consideren necesarios para asegurar su adecuada liquidación.

Las entidades de derecho público están obligadas a presupuestar esta tasa de acuerdo con las normas respectivas.

Parágrafo. Los recursos de la tasa no utilizados en la vigencia fiscal respectiva serán deducidos del valor a cobrar en el siguiente año, utilizando para su distribución entre las entidades vigiladas de cada clase, el factor *t* establecido en el presente Capítulo.

El monto de los recursos no utilizados estará determinado por el valor positivo que arroje la comparación de la tasa recaudada con el total de los compromisos presupuestales adquiridos en la respectiva vigencia fiscal. Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de Salud establecerá los mecanismos que identifiquen los compromisos adquiridos con recursos de la tasa.

(Art. 7 del Decreto 1405 de 1999 modificado por el artículo 3 del decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.9 ***Liquidación y Pago de la Tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud.*** La tasa anual a favor de la Superintendencia Nacional de Salud se liquidará y cancelará en varias cuotas, en las fechas que señale anualmente la Superintendencia Nacional de Salud y con la información correspondiente a la fecha de corte para la liquidación que esta señale.

La Superintendencia Nacional de Salud efectuará una liquidación preliminar en el primer semestre, que se cancelará en una o varias cuotas, con los datos de la última información financiera de la cual disponga la entidad, y se imputará en la liquidación definitiva.

El valor de la liquidación anual, calculada con la información del año correspondiente, se cancelará en una o varias cuotas, en las fechas que señale la Superintendencia Nacional de Salud, descontando el valor cancelado de la liquidación preliminar.

(Art. 1 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.10 ***Actualización de la información.*** Para efectos de la liquidación de la tasa anual a favor de la Superintendencia Nacional de Salud, esta entidad podrá actualizar por inflación o deflación la información incompleta o desactualizada que exista u obtenga sobre los entes vigilados.

En aquellos casos en que no se haya calculado el coeficiente de ajuste por costo beneficio en la liquidación preliminar, se calculará en la liquidación definitiva,

siempre y cuando se allegue la información pertinente antes del primero de junio del correspondiente año.

El coeficiente de ajuste por factores sociales, económicos y geográficos se calculará en todos los casos.

(Art. 2 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.11 ***Nuevas entidades vigiladas.*** Las entidades que iniciaron operación en el año anterior y a las cuales no se les efectuó la liquidación preliminar en la fecha de corte para su liquidación, deberán allegar la información antes de la fecha de corte de información para la liquidación definitiva que señale la Superintendencia Nacional de Salud. A estas entidades se les liquidará la tasa en forma definitiva y cancelarán la totalidad de la misma en una o varias cuotas en las fechas que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 3 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.12 ***Entidades sin liquidación preliminar.*** Para los entes vigilados a los cuales no se pudo efectuar liquidación preliminar en la fecha de corte para su liquidación, por carencia de información y se disponga de la misma a más tardar a la fecha de corte de información para la liquidación definitiva que señale la Superintendencia Nacional de Salud, se efectuará la liquidación definitiva y cancelarán la totalidad de la misma en una o varias cuotas en las fechas fijadas para tal efecto.

En este caso se causarán intereses sobre la parte proporcional de la tasa anual determinada desde la fecha de vencimiento en que debieron pagarse las respectivas cuotas y sobre el total se causarán intereses a partir del vencimiento de la cuota respectiva.

(Art. 4 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.13 ***Liquidaciones adicionales por mayor valor.*** En los casos en que se haya realizado la liquidación anual con datos ajustados, podrán proferirse liquidaciones adicionales de mayor valor sobre la base de la información real determinada.

(Art. 5 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.14 ***Liquidaciones adicionales para quienes no fueron objeto de liquidación.*** Aquellas entidades sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, que no hubieren sido objeto de liquidación de la tasa anual, serán objeto de liquidación adicional con los datos que se establezcan en las investigaciones o información correspondientes.

En este caso se causarán intereses sobre la parte proporcional de la tasa anual determinada desde la fecha de vencimiento en que debieron pagarse las respectivas cuotas y sobre el total se causarán intereses a partir del vencimiento de la cuota respectiva.

(Art. 6 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.15 ***Recaudos adicionales.*** Cuando como consecuencia de las liquidaciones adicionales de mayor valor a los entes no incluidos en las liquidaciones establecidas en los artículos 2.5.5.2.9 a 2.5.5.2.14 del presente decreto, se recauden durante el año calendario mayores valores a los establecidos en el decreto de fijación de costos a recuperar para el correspondiente sector, dicho valor se abonará al año siguiente como un menor valor de los costos asignados a recuperar del sector correspondiente.

(Art. 7 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.16 ***Entidades vigiladas intervenidas o en procesos de liquidación, concordatos o acuerdos de reestructuración.*** Las entidades vigiladas intervenidas o que entren en procesos de liquidación, concordatos o acuerdos de reestructuración, estarán sujetas a la liquidación y cobro de la tasa, salvo que estos procesos se adelanten ante otra Superintendencia.

(Art. 8 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.17 ***Obligación de solicitar la liquidación.*** Las entidades vigiladas que por cualquier circunstancia no hubieren recibido la liquidación de la tasa a pagar a la Superintendencia Nacional de Salud, deberán solicitarla a la misma antes del vencimiento de la respectiva fecha para el pago de la cuota correspondiente, adjuntando la información financiera requerida.

(Art. 9 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.18 ***Entidades promotoras de salud indígenas.*** Para efectos de la distribución de los costos de supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades promotoras de salud indígenas están incluidas dentro del valor asignado a las empresas solidarias de salud.

(Art. 10 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.19 ***Operadores de Juegos.*** Para efectos de la aplicación de la tarifa de la tasa a favor da la Superintendencia Nacional de Salud a los denominados operadores de juegos en la Ley 643 de 2001, diferentes a loterías y apuestas permanentes, se les aplicará el valor asignado a los operadores de juegos intermedios.

(Art. 11 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.20 ***Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas.*** Las instituciones hospitalarias públicas, tanto las que se transformaron a empresas sociales del Estado como las que aún son instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, se incluyen para efectos de aplicación de la tarifa de la tasa a favor da la Superintendencia Nacional de Salud dentro del valor asignado a las empresas sociales del Estado.

(Art. 12 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.21 ***Cobro Coactivo y Sanciones*** La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 112 de la Ley 6 de 1992, tendrá jurisdicción coactiva para hacer efectivas las sumas que adeuden los sujetos de vigilancia por concepto de la tasa a la que se refiere el presente Capítulo. Para este efecto, se otorgarán poderes a funcionarios abogados de la Oficina Jurídica o se contratarán apoderados especiales que sean abogados titulados.

El no pago de la tasa en los plazos fijados por la Superintendencia Nacional de Salud, causará los intereses de mora aplicables al impuesto de renta y complementarios desde la fecha en que debió efectuarse el pago y el momento en que se consignan los recursos a favor de la Superintendencia, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 1066 de 2006.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer a los sujetos de vigilancia las sanciones establecidas en las Leyes 100 de 1993, 643 de 2001, 715 de 2001, 828 de 2003, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y la Ley 643 de 2001 y las demás que las modifiquen o adicionen cuando incumplan las solicitudes de remisión de información a las que se refiere el artículo anterior.

Cuando la entidad vigilada no permanezca bajo supervisión durante toda la vigencia, la tasa liquidada será proporcional al período bajo supervisión. Para estos efectos el Superintendente Nacional de Salud podrá liquidar y exigir a los demás contribuyentes el monto respectivo en cualquier tiempo durante el año correspondiente utilizando para su distribución entre cada uno de ellos la tarifa no ajustada a la tasa *t*.

(Art. 8 del Decreto 1405 de 1999 modificado por el artículo 4 del decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.22 ***Monto máximo a recaudar de la tasa.*** La Superintendencia Nacional de Salud al aplicar la fórmula para el cálculo de la tasa tendrá en cuenta que el monto máximo a recaudar se determinará conforme a las siguientes reglas:

1. Se tomará el valor del presupuesto de funcionamiento e inversión aprobado en el Presupuesto General de la Nación para la Superintendencia Nacional de Salud en la vigencia fiscal respectiva, excluidos los gastos financiados con otros recursos distintos a la tasa.

2. Del total de la tasa se deducirán los recursos no utilizados de la vigencia anterior en los términos establecidos en el parágrafo 1 del artículo 2.5.5.2.8 del presente decreto.

3. Las entidades vigiladas cancelarán en cada vigencia el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente cuando el valor liquidado, al aplicar la fórmula matemática contemplada en el presente Capítulo, resulte inferior a este.

(Art. 5 del Decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.23 ***Costos de Supervisión de sujetos exentos.*** El valor del costo de supervisión y control correspondiente a los sujetos vigilados, que por Ley tienen el carácter de exentos, correrá por cuenta de los aportes de la Nación.

(Art. 6 del Decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.24 ***Reglamentación por la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1018 de 2007 o las normas que lo modifiquen o adicionen y demás normas aplicables, adoptará las medidas necesarias para dar adecuado cumplimiento a lo establecido en el presente decreto.

(Art. 7 del Decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.2.25 ***Intereses Moratorios.*** La mora en el pago de la tasa causará intereses mensuales de conformidad con las normas vigentes. Las entidades vigiladas a las que se les liquidó la tasa y que presenten recurso de reposición deben liquidar intereses si al momento de resolver el recurso éste confirma la liquidación y ya se ha vencido la fecha oportuna de pago.

Parágrafo. Los intereses establecidos en el 2.5.5.2.21 del presente decreto para las entidades vigiladas que no cancelen oportunamente la tasa, deben ser liquidados por estas en el momento del pago teniendo en cuenta los días que hayan transcurrido a partir del vencimiento de la fecha de pago oportuno. Aquellas entidades que no liquiden los intereses o los liquiden por menor valor al que les corresponde, se les incluirá el valor pendiente de pago en el formato en que se notifique la liquidación definitiva.

(Art. 14 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.2.26 ***Reglamentación por la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas necesarias para dar adecuado cumplimiento a las funciones a las que se refieren los artículos 2.5.5.2.15 y 2.5.5.2.16 del presente decreto.

(Art. 9 del Decreto 1405 de 1999)

TÍTULO 6
DERECHO A LA LIBRE Y LEAL COMPETENCIA

Artículo 2.5.6.1 ***Derecho a la libre y leal competencia.*** De conformidad con lo establecido en el artículo 333 de la Constitución Política, en la Ley 155 de 1959, en la ley 100 de 1993 y en los artículos siguientes, el Estado garantizará la libre y leal competencia dentro del mercado de los servicios de salud, dentro del cual se entiende comprendido el de los insumos y equipos utilizados para la prestación de dichos servicios.

Para efectos de este Título se entiende por servicios de salud el conjunto de procedimientos e intervenciones, así como la aplicación de los insumos y equipos que se utilizan en la promoción y el fomento de la salud; y en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

En consecuencia, el Estado garantiza a las Entidades Promotoras de Salud, a los promotores de estas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los profesionales del sector de la salud, a las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, el derecho a la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud, en igualdad de condiciones, dentro de los límites impuestos por la ley y por el presente Título.

(Art. 1 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.2 ***Finalidades***. Las normas contenidas en los artículos siguientes se aplicarán con el objeto de lograr las siguientes finalidades:

1. Mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

2. Garantizar la efectividad del principio de la libre escogencia de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Permitir la participación de las distintas personas naturales o jurídicas que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y la vigilancia del Estado.

4. Garantizar que en el mercado de servicios de salud exista variedad de precios y calidades de bienes y servicios.

(Art. 2 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.3 ***Prohibición general a las prácticas restrictivas de la competencia***. De conformidad con lo previsto en la Ley 155 de 1959, la ley 100 de 1993 y en los artículos siguientes, están prohibidos todos los acuerdos, actos o convenios, así como las prácticas y las decisiones concertadas que, directa o indirectamente tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud; abusar de una posición de dominio sobre el mismo; o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Dichas conductas tendrán objeto ilícito.

Serán aplicables a las actividades de las Entidades Promotoras de Salud, los promotores de estas, las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales del sector de la salud, las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a las de todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, las normas sobre promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas, contenidas en la Ley 155 de 1959 y las normas que la reglamenten, así como aquellas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

(Art. 3 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.4 ***Prohibición a las asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares.*** Sin perjuicio de lo dispuesto en otras normas, se prohíbe a las asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud al desarrollar su actividad, el adoptar decisiones o políticas internas que tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud; abusar de una posición de dominio sobre el mismo; o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Dichas conductas tendrán objeto ilícito.

(Art. 4 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.5 ***Acuerdos contrarios a la libre competencia.*** Se consideran contrarios a la libre competencia en el mercado de servicios de salud, entre otros, los siguientes acuerdos, convenios, prácticas o decisiones concertadas:

1. Los acuerdos que tengan por objeto o tengan como efecto la fijación directa o indirecta de precios o tarifas.

2. Los que tengan por objeto o tengan como efecto determinar condiciones de venta o comercialización de insumos o servicios de salud discriminatorias para con terceros, con otros competidores o con los usuarios.

3. Los que tengan por objeto o tengan como efecto la repartición de mercados entre competidores.

4. Los acuerdos entre competidores que tengan por objeto o tengan como efecto la asignación de cuotas de distribución o venta de bienes, de suministros o insumos, o de prestación de servicios de salud

5. Los acuerdos entre competidores que tengan por objeto o tengan como efecto la asignación, repartición o limitación de fuentes de abastecimiento de insumos o equipos.

6. Los que tengan por objeto o tengan como efecto la limitación a los desarrollos técnicos.

7. Los que tengan por objeto o tengan como efecto subordinar la distribución o venta de un bien o la prestación de un servicio de salud a la aceptación de obligaciones adicionales que por su naturaleza no constituían el objeto del mismo, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones.

8. Los acuerdos entre competidores que tengan por objeto o tengan como efecto abstenerse de distribuir o vender un bien o de ofrecer o prestar un determinado servicio de salud, interrumpirlo, o afectar los niveles de prestación del mismo.

9. Los acuerdos entre competidores cuyo objeto o efecto sea el de crear barreras a la entrada de nuevos participantes al mercado de los servicios de salud, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones.

10. Los que tengan por objeto o como efecto abstenerse de proveer a los usuarios o al Sistema General de Seguridad Social en Salud de información no reservada sobre

la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

11. Los que tengan por objeto la colusión en las licitaciones o concursos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas.

(Art. 5 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.6 ***Actos contrarios a la libre competencia.*** Se consideran contrarios a la libre competencia en el mercado de los servicios de salud, los siguientes actos:

1. Infringir las reglas sobre publicidad contenidas en las normas sobre la materia.

2. Influenciar a un competidor para que incremente los precios de sus servicios o para que desista de su intención de rebajar los precios o tarifas.

3. Negarse a vender o prestar servicios a una persona o discriminar en contra de la misma cuando ello pueda entenderse como una retaliación a su política de precios o tarifas.

4. Determinar condiciones de venta o comercialización de insumos o servicios de salud, discriminatorias para con otros competidores o con los usuarios, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones.

5. Abstenerse de proveer en forma oportuna y suficiente a los usuarios o al Sistema General de Seguridad Social en Salud de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

(Art. 6 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.7 ***Excepciones.*** No se tendrán como contrarias a la libre competencia en el mercado de los servicios de salud, las siguientes conductas:

1. Las que tengan por objeto la cooperación en investigaciones y desarrollo de nueva tecnología.

2. Las que se refieran a procedimientos, métodos, sistemas y formas de utilización de facilidades comunes.

(Art. 7 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.8 ***Posición dominante en el Mercado de los Servicios de Salud*.** La posición dominante en el mercado de los servicios de salud consiste en la posibilidad que tiene una empresa o persona de determinar, directa o indirectamente, las condiciones en su respectivo mercado.

(Art. 8 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.9 ***Abuso de la Posición dominante.*** Cuando exista posición dominante en el mercado de servicios de salud, constituyen abuso de la misma las siguientes conductas:

1. La disminución de precios o tarifas por debajo de los costos, cuando tenga por objeto eliminar uno o varios competidores o prevenir la entrada o expansión de éstos en el mercado.

2. La aplicación de condiciones discriminatorias para operaciones equivalentes, que coloquen a un afiliado o proveedor en situación desventajosa frente a otro usuario o proveedor de condiciones análogas.

3. Los que tengan por objeto o tengan como efecto subordinar la prestación de un servicio de salud a la aceptación de obligaciones adicionales, que por su naturaleza no constituían el objeto del mismo, sin perjuicio de lo establecido por otras disposiciones.

4. La distribución o venta de bienes o la prestación de servicios de salud a un afiliado en condiciones diferentes de las que se ofrecen a otro, cuando sea con la intención de disminuir o eliminar la competencia en el mercado.

5. Distribuir o vender bienes o prestar servicios de salud en alguna parte del territorio colombiano a un precio o tarifa diferente de aquel al que se ofrece en otra parte del territorio colombiano, cuando la intención o el efecto de la práctica sea disminuir o eliminar la competencia en esa parte del país y el precio o tarifa no corresponda a la estructura de costos de la transacción.

(Art. 9 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.10 ***Aplicación de normas sobre competencia.*** Sin perjuicio de las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, corresponde a la Superintendencia de Industria y Comercio la aplicación de las normas sobre promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas en el mercado de los servicios de salud, en los términos contemplados por el presente Capítulo, por la Ley 155 de 1959 y el Decreto 2153 de 1992, así como por aquellas normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

Parágrafo. La Superintendencia de Industria y Comercio podrá avocar por su cuenta y de conformidad con el procedimiento establecido para el efecto, el conocimiento de aquellas conductas que considere violatorias de las normas sobre libertad de competencia en la prestación de los servicios de salud.

(Art. 10 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.11 ***Competencia desleal en el mercado de los servicios de salud.*** Serán aplicables a las actividades de las Entidades Promotoras de Salud, los promotores de estas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales del sector de la salud, las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a las de todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, las normas sobre competencia desleal contenidas en el Código de

Comercio y las normas que las reglamenten, así como aquellas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

(Art. 11 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.6.12 ***Prohibición a los Actos de Competencia Desleal.*** Quedan prohibidos los actos de competencia desleal en el mercado de los servicios de salud. Además de lo previsto en las normas a que hace referencia el artículo precedente, se considera que constituye competencia desleal en el mercado de los servicios de salud, todo acto o hecho contrario a la buena fe comercial y al normal desenvolvimiento de las actividades propias de dicho mercado.

Las personas afectadas por actos de competencia desleal podrán ejercer la acción prevista para el efecto en el Código de Comercio, sin perjuicio de la aplicación de las demás sanciones establecidas en la ley para los responsables.

(Art. 12 del Decreto 1663 de 1994)

PARTE 6
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA A NIVEL NACIONAL Y TERRITORIAL

TÍTULO 1
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS - FOSYGA

Artículo 2.6.1.1 ***Naturaleza del Fondo.*** El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

(Art. 1 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.2 ***Estructura del Fosyga.*** El Fosyga tendrá las siguientes subcuentas:

a. De compensación interna del régimen contributivo;

b. De solidaridad del régimen de subsidios en salud;

c. De promoción y prevención;

d. De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

e. De Garantías para la Salud

(Art. 2 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.3 ***Independencia de los recursos de las subcuentas del Fosyga.*** Los recursos del Fosyga se manejarán de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas

para estas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas.

(Art. 3 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.4 ***Dirección del Fondo.*** La Dirección y control integral del Fosyga está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces garantizará el adecuado cumplimiento y desarrollo de sus objetivos.

(Art. 5 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.5 ***Consejo de Administración.*** El Consejo de Administración del Fosyga tendrá las siguientes funciones:

1. Determinar los criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga.

2. Aprobar el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fosyga presentado a su consideración por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificaciones. Allí se indicarán de forma global los requerimientos presupuestales por concepto de apoyo técnico, auditoría y remuneraciones fiduciarias necesarios para garantizar el manejo integral del Fosyga y se detallarán los ingresos y gastos de cada una de las subcuentas.

3. Aprobar anualmente los criterios de distribución de los excedentes existentes a 31 de diciembre de cada año, en cada una de las subcuentas del Fosyga, de conformidad con la ley y con los reglamentos internos.

4. Estudiar los informes sobre el Fosyga que le sean presentados periódicamente por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y señalar los correctivos que a su juicio, sean convenientes para su normal funcionamiento.

5. Estudiar los informes presentados por la Superintendencia Nacional de Salud y hacer las recomendaciones pertinentes para el adecuado cumplimiento y desarrollo de los objetivos del Fondo.

6. Determinar los eventos para los cuales el Fosyga organizará fondos de reaseguramiento o de redistribución de riesgo y los mecanismos necesarios para su funcionamiento.

7. Aprobar el manual de operaciones del Fosyga.

8. Las demás que le señale la ley y sus reglamentos.

(Art. 6 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.6 ***Encargo fiduciario.*** En los contratos de encargo fiduciario que se celebren, se deberán incluir, adicional a las obligaciones propias requeridas

para el manejo de cada una de las subcuentas y a las comunes a este tipo de negocio, entre otras las siguientes obligaciones a cargo de la entidad fiduciaria:

1. Supervisar y garantizar el recaudo oportuno de las cotizaciones a cargo de las entidades promotoras de salud.

2. Reportar cualquier anomalía o inconsistencia en el recaudo, a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

3. Instrumentar e implementar un sistema que garantice la obtención de la información estadística financiera, epidemiológica y las demás que sean requeridas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las solicitudes presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

4. Disponer de la infraestructura necesaria que permita acceder a las bases de datos que deben mantener actualizadas las entidades promotoras de salud y las demás entidades administradoras del sistema general de seguridad social en salud, según su naturaleza, con la siguiente información mínima:

a. Relación de afiliados cotizantes, debidamente identificados con el respectivo documento, fecha de nacimiento y sexo, así como la plena identificación de su grupo familiar, el salario base de cotización de los cotizantes del grupo familiar por departamento y por municipio;

b. Licencias, suspensiones, retiros, nuevas afiliaciones y demás novedades de personal que se estimen necesarias;

c. Recaudo por cotizaciones y su distribución por cada subcuenta;

d. Desembolsos por el pago de la prestación de servicios, efectuados por las entidades promotoras de salud.

e. Relación de afiliados al régimen subsidiado en salud, debidamente identificados;

f. Relación de aportantes (empleadores y cotizantes independientes) detallando aquellos que se encuentran en mora en el pago.

Esta información debe estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud, en cualquier momento.

5. Garantizar el apoyo técnico que requiera la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social para el manejo integral del Fosyga, la auditoría especializada y la realización de los estudios necesarios que se requieran para mejorar y fortalecer su funcionamiento.

6. Disponer de la información que se requiera para el desarrollo de las auditorías, elaborar los informes y realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de su función.

7. Realizar las operaciones financieras a que haya lugar para garantizar la liquidez y el pago oportuno a las entidades promotoras de salud deficitarias, en el momento de efectuar la compensación interna de las subcuentas de compensación y promoción, según sea el caso.

8. Adelantar con sujeción a la ley, los procesos de contratación y celebrar los contratos que se requieran para el funcionamiento del Fosyga de acuerdo con las instrucciones recibidas por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. En todos los casos, los criterios técnicos para adelantar los procesos de licitación y la adjudicación son competencia del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El sistema de información es de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud y Protección Social y estará, en cualquier momento, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud o de cualquier otro organismo de control y vigilancia que así lo requiera.

El Fosyga recopilará la información a que se refiere el presente Título, con base en los datos que le suministren las entidades promotoras de salud y demás instituciones que hacen parte del sistema de salud, de conformidad con los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 7 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.7 ***Manejo de los recursos del FOSYGA.*** Los recursos del FOSYGA que no hagan parte del presupuesto general de la nación se ejecutarán conforme al presupuesto aprobado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando se pretenda afectar los mencionados recursos, que correspondan a más de una vigencia fiscal para cubrir prestaciones que se realizarán en igual período, será necesaria una autorización especial, previa al compromiso, para comprometer vigencias futuras, que será expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, expedirá los certificados de disponibilidad presupuestal para amparar los compromisos que se adquieran con cargo a los recursos indicados en el inciso anterior y realizará los respectivos registros presupuestales.

Parágrafo. El portafolio de los recursos del FOSYGA solo podrá estar sujeto a las disposiciones sobre inversión forzosa en la medida en que no se afecte su liquidez y rentabilidad con el fin de poder garantizar el pago oportuno de los servicios de salud.

(Art. 46 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.8 ***Capacidad para contratar.*** La capacidad para contratar y comprometer, lo mismo que la ordenación del gasto, sobre las apropiaciones del FOSYGA estarán en cabeza del Ministro de Salud y Protección Social o en quien éste delegue, en los términos de la ley orgánica de presupuesto.

(Art. 47 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.9 ***Vigencias futuras.*** Cuando se requiera adquirir obligaciones contra apropiaciones del Presupuesto General de la Nación que comprometan varias vigencias fiscales, será necesario obtener la autorización de vigencias futuras conforme a la ley orgánica de presupuesto.

(Art. 48 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.10 ***Sistema de manejo de los recursos destinados a pagar la remuneración del administrador fiduciario*** Los recursos del FOSYGA destinados al pago de las remuneraciones causadas o que se causen a favor del administrador fiduciario se manejarán bajo el sistema de Unidad Financiera.

(Art. 49 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.11 ***Información financiera.*** El manejo y presentación de la información financiera deberá sujetarse a lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública Nacional.

(Art. 51 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.12 ***Solicitud de formación*** La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social UGPP podrá solicitar a las entidades administradoras del régimen general de pensiones todos los datos relacionados con el recaudo de aportes, con el fin de cruzar y verificar la información, para determinar la evasión y elusión en el recaudo del régimen de salud.

Asimismo, podrá solicitar información a la Dirección General de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina. En todo caso esta información gozará de la misma reserva que aquella de carácter tributario.

(Art. 52 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.13 ***Sistemas y formatos.*** Los sistemas de información, formatos y demás soportes y documentos que se utilicen para el envío de la información derivada de las disposiciones del presente Título, serán establecidos mediante resolución del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 54 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.14 ***Control.*** La Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la ley, ejercerá la inspección, vigilancia y control sobre el manejo de las subcuentas del FOSYGA y deberá efectuar las investigaciones e imponer las sanciones correspondientes cuando a ello haya lugar, sin perjuicio de las demás funciones que ejerzan los organismos de control.

(Art. 45 del Decreto 1283 de 1996)

Capítulo 1
Subcuenta de Compensación

Artículo 2.6.1.1.1 ***Objeto.*** El objeto del presente Capítulo es establecer el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación, el mecanismo de control y seguimiento al recaudo de aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el procedimiento operativo para realizar el proceso de compensación, de acuerdo con lo definido en el artículo 205 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 1 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2 ***Ámbito de aplicación.*** El presente capitulo aplica a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Obligadas a Compensar (EOC), al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y a su Administrador Fiduciario.

(Art. 2 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.3 ***Recursos de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS.*** Los recursos que financian la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, son los siguientes:

1. Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con y sin situación de fondos.

2. Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS.

3. Los rendimientos financieros generados por las cuentas autorizadas a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, para el recaudo de las cotizaciones.

4. Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.

5. Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan las normas vigentes.

6. Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que tratan las normas vigentes.

7. Los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación que se generen en cada vigencia.

8. Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

(Art. 3 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.4 ***Utilización de los recursos de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.*** Los recursos que recauda la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, se utilizaran en el pago de las Unidades de Pago por Capitación, prestaciones económicas y demás gastos autorizados por la ley. Hasta el cinco (5%) del superávit del proceso de giro y compensación que se genere mensualmente, se destinara para a constitución de una reserva en el patrimonio de la subcuenta para futuras contingencias relacionadas con el pago de UPC y/o licencias de maternidad y/o paternidad del Régimen Contributivo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje aplicable.

Los otros conceptos de gasto de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, tales como apoyo técnico, auditoria, remuneración fiduciaria y el pago de recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se podrán efectuar sin afectar esta reserva.

(Art. 4 del Decreto 4023 de 2011)

Sección 1. Recaudo de cotizaciones al régimen contributivo y conciliación de cuentas de recaudo

Artículo 2.6.1.1.1.1 ***Recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo del SGSSS.*** El recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de dos cuentas maestras que registraran las EPS y las EOC ante el Fosyga. Las cuentas registradas se manejaran exclusivamente para el recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo de Salud y serán independientes de las que manejen los recursos de la entidad. Su apertura y selección de la entidad financiera se hará por la EPS o por la EOC a nombre del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Una de las cuentas maestras se utilizará exclusivamente para efectuar el recaudo de los recursos de aportes patronales del Sistema General de Participaciones y el aporte de los trabajadores vinculados con las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública; estos últimos deberán recaudarse a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Las EPS y las EOC serán las responsables de conciliar el recaudo de los aportes patronales del Sistema General de Participaciones.

Las EPS y las EOC no podrán cambiar las cuentas maestras de recaudo, hasta tanto estas no se hayan conciliado plenamente. En ningún caso, se podrá iniciar el recaudo de aportes en cuentas que no estén previamente registradas ante el Fosyga.

(Art. 5 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.2 ***Apertura de cuentas maestras.*** Para la apertura de las cuentas maestras, las EPS y las EOC deberán establecer un procedimiento de selección de la entidad que ofrezca las mejores condiciones financieras y de oportunidad en el reporte de la información de dichas cuentas.

Las EPS y las EQC serán responsables de realizar las actividades necesarias para la conciliación del recaudo, cobro de cotizaciones en mora con sus respectivos intereses, realizar actividades encaminadas a la identificación de aportantes y verificación de la procedencia de los reintegros de aportes, entre otros procesos propios de la delegación del recaudo.

(Art. 6 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.3 ***Manejo de las cuentas maestras registradas para el recaudo de los aportes del Régimen Contributivo de Salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán observar para la administración y manejo de los recursos provenientes del recaudo de los aportes del Régimen Contributivo, lo siguiente:

1. Las cuentas maestras de recaudo deberán abrirse por las EPS y por las EOC en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.

2. Las cuentas maestras recibirán exclusivamente los aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Las cuentas maestras aceptarán únicamente operaciones debito a las cuentas de las EPS y de las EOC en los montos que se deriven del proceso de compensación; a los aportantes, cuando procedan reintegros de acuerdo con las reglas previstas en el presente Capítulo; a las EPS y las EOC por la apropiación de rendimientos financieros y a las subcuentas del Fosyga. Estos movimientos débito deberán ser autorizados por el Fosyga y realizarse por transferencia electrónica.

4. Los aportes no podrán mantenerse en cuentas que no generen rendimientos financieros o que ellos no correspondan a las condiciones del mercado para depósitos de esta naturaleza.

5. En todos los casos se suscribirán convenios de recaudo, en los que deberán establecerse con precisión los rendimientos financieros y los costos de los servicios financieros, con independencia de su fuente de financiación. Copia de todos los convenios, deberán remitirse al Fosyga.

6. Se considerara práctica no permitida, el convenir con las entidades financieras a través de las cuales se realiza el recaudo, reciprocidades a favor de las Entidades Promotoras de Salud y de las Entidades Obligadas a Compensar.

7. Los convenios de recaudo se podrán revisar cuando las EPS y las EOC lo requieran, con el fin de mejorar las condiciones financieras y la oportunidad de la información.

8. No se podrán recaudar o depositar aportes en cuentas diferentes a las registradas y autorizadas por el Fosyga; se considerara práctica no permitida cualquier transacción por fuera de esta regla.

9. Las entidades financieras, en las cuales se abran las cuentas maestras, deberán reportar la información al Fosyga de acuerdo con la estructura que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces.

10. El Fosyga tendrá acceso en línea a la información de los extractos de las cuentas de recaudo.

11. La consulta de información de las cuentas maestras y la autorización de los débitos, deberá contar con un manual operativo de manejo, que consulte protocolos de seguridad

12. Las EPS y las EOC registraran ante el Fosyga la cuenta a la cual este deberá autorizar las transferencias de recursos del proceso de compensación y los demás a que hace referencia el presente Capítulo.

(Art. 8 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.4 ***Conciliación de cuentas maestras de recaudo.*** El Fosyga, con base en la información del recaudo efectuado a través de los mecanismos de recaudo PILA, la información del proceso de compensación y la que deba reportar las EPS y las EOC, elaborará el reporte de conciliación de cuentas de recaudo, que se entregará mensualmente a las EPS y a las EOC, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes.

Las EPS y las EOC dispondrán de un término máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se entreguen los resultados de la conciliación por parte del Fosyga para efectuar la verificación y aclaración respectiva. El instrumento de validación del Fosyga para efectos de la conciliación e información que deban reportar las EPS y las EOC será definido por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces.

Consolidados los reportes de conciliación de recaudo, estos quedarán en firme y serán remitidos por el Fosyga a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la Republica, para lo de su competencia.

Los recursos de la cotización no compensados se transferirán a las subcuentas del Fosyga una vez generado el resultado de la conciliación mensual. Las EPS y las EOC dispondrán de un término de doce (12) meses contados a partir del recaudo para efectuar la revisión y ajustes requeridos para lograr la compensación de estos recursos.

(Art. 10 del Decreto 4023 de 2011)

Sección 2. Proceso de compensación

Artículo 2.6.1.1.2.1 ***Definición del proceso de Compensación.*** Se entiende por compensación, el proceso mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas de manera plena por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), para cada periodo al que pertenece el pago de la cotización; los recursos destinados a financiar la subcuenta de Promoción de la Salud del Fosyga, los de solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud que financian la Subcuenta de Solidaridad del

Fosyga y los recursos que el Sistema reconoce a las EPS y a las EOC por concepto de Unidades de Pago por Capitación (UPC).

Como resultado de lo anterior, los recursos provenientes del superávit de las cotizaciones recaudadas se trasladaran a las respectivas subcuentas del Fosyga y este, a su vez, girará o trasladará a las cuentas de las EPS y EOC las sumas que resulten a su favor.

En el proceso de compensación se reconocerán a las EPS y EOC los recursos para financiar las actividades de promoción y prevención. De igual forma, se reconocerán los recursos de la cotización a las EPS y a las EOC para que estas entidades paguen las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes.

(Art. 11 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.2 ***Devolución de cotizaciones***. Cuando los aportantes soliciten a las EPS y a las EOC reintegro de pagos erróneamente efectuados, estas entidades deberán determinar la pertinencia del reintegro.

De ser procedente el reintegro, la solicitud detallada de devolución de cotizaciones, deberá presentarse al Fosyga por la EPS o la EOC el último día hábil de la primera semana de cada mes.

El Fosyga procesará y generará los resultados de la información de solicitudes de reintegro presentada por las EPS y EOC dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de presentación de la información. Las EPS y las EOC una vez recibidos los resultados del procesamiento de la información por parte del Fosyga, deberán girar de forma inmediata los recursos al respectivo aportante.

A partir de la entrada en operación de las cuentas maestras, los aportantes solo podrán solicitar ante la EPS o la EOC la devolución de cotizaciones pagadas erradamente, dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de pago.

(Art. 12 del Decreto 4023 de 2011, modificado por el artículo 1 del decreto 674 de 2014)

Artículo 2.6.1.1.2.3 ***Fórmula del proceso de compensación.*** El proceso de compensación se adelantará tomando como base la totalidad de las cotizaciones obligatorias recaudadas, descontando los valores pagados por los afiliados adicionales, los intereses de mora por el pago de cotizaciones extemporáneas y demás aportes que no sean objeto del proceso de compensación. A este resultado se le deducirán los siguientes valores:

a) El porcentaje del ingreso base de cotización, con destino a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

b) El monto de la cotización obligatoria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social con destino a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que deberá girarse a la Subcuenta de Promoción del Fosyga.

c) El monto de la cotización obligatoria determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social,, reconocido a las EPS y demás EOC para que asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

d) Al resultado de la operación anterior, se le descontará una doceava (1/12) del valor anual de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) vigentes en el mes al que corresponde la cotización, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y demás EOC para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados. Este reconocimiento se hará en proporción al número de días cotizados.

e) De resultar la operación anterior superavitaria, el resultado se transferirá a la subcuenta de compensación del Fosyga. Si por el contrario esta operación resulta deficitaria esta subcuenta reconocerá el déficit.

Parágrafo 1. En el caso de los afiliados adicionales de que trata el artículo 2.1.4.5 del presente decreto, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), el Fosyga autorizará la apropiación del valor correspondiente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC), vigente en el mes al que corresponde el pago, definida para el grupo etario del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención. El Fosyga en el proceso de compensación autorizara la transferencia de los recursos que correspondan a las subcuentas de Solidaridad y Compensación del Fosyga.

Parágrafo 2. En el proceso de compensación se incluirán las cotizaciones integrales efectuadas por los aportantes y por los cotizantes independientes, sin perjuicio de involucrar aquellos casos en que por disposición legal, la cotización pueda ser inferior al porcentaje establecido o corresponda a un Ingreso Base de cotización (IBC) inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. Se entenderá por recaudo efectivo aquel pago que se encuentre disponible en la cuenta maestra de recaudo de la EPS o de la EOC y se encuentre plenamente identificado el afiliado al cual corresponde.

(Art. 13 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.4 ***Declaración de giro y compensación.*** El Fosyga elaborará la declaración de giro y compensación de cada EPS y EOC, la cual estará constituida por la información de los afiliados que registran las EPS y las EOC en la base de datos de afiliados, la información adicional que remitan estas entidades al Fosyga para surtir el proceso de compensación y la información de pago de aportes de cada EPS y EOC. De igual manera, hará parte de la declaración de giro y compensación, la información remitida al Fosyga para el reconocimiento de las licencias de maternidad y/o paternidad a cargo del Fosyga.

(Art. 14 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.5 ***Reconocimiento de recursos de la Subcuenta de Promoción de la Salud.*** El reconocimiento a las EPS y las EOC de los recursos para actividades de promoción y prevención, se realizará en las mismas fechas establecidas para el proceso de compensación definidas en este Capítulo y de acuerdo con lo siguiente:

a) Al valor del ingreso base de cotización correspondiente, se le aplicará el porcentaje con destino a la financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud.

b) A dicho valor se le deducirá el valor del per cápita reconocido para las actividades de promoción y prevención.

c) Los recursos se apropiaran de las cuentas de recaudo, con la autorización del Fosyga.

d) Los recursos que se determinen a favor de las EPS y las EOC serán girados por el Fosyga, de acuerdo con los plazos para el proceso de compensación, establecidos en el artículo siguiente. Los recursos a favor del Fosyga serán transferidos a la Subcuenta de Promoción de la Salud.

En este proceso se incluirán las personas sobre las cuales se recaudan Unidades de Pago por Capitación adicionales, quienes realizan sus aportes conforme a lo establecido en el artículo 2.1.4.5 del presente decreto.

(Art. 15 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.6 ***Ejecución del proceso de giro y compensación y entrega de resultados.*** El proceso de compensación se ejecutará por el Fosyga el segundo día hábil de cada semana, con la información del recaudo no compensado existente a esa fecha, independientemente del periodo al que correspondan los aportes.

La información resultado del proceso de compensación se entregará a las EPS y a las EOC el día hábil siguiente al que se ejecuta el proceso en horas hábiles y se podrá hacer por medios electrónicos. Esta información contendrá el consolidado del resultado del proceso con el número de registros aprobados por periodo compensado, los valores a reconocer a las EPS y a las EOC, los valores a trasladar de las cuentas maestras de recaudo de aportes, a cada subcuenta del Fosyga, entre otros. De igual manera, contendrá el detalle de los recursos reconocidos por afiliado y el de los valores deducidos o descontados.

El representante legal de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) podrá aceptar o no el proceso. En caso de aceptar el resultado del proceso informado por el Fosyga, suscribirá el formato dispuesto para este fin, dentro de los ocho (8) horas siguientes a la entrega del resultado por parte del Fosyga; esta aceptación podrá hacerse por medios electrónicos. En el evento en que el Fosyga no reciba la aceptación del proceso dentro del término señalado en este artículo, se entenderá que la EPS o la EOC no aceptó el proceso y en consecuencia, no podrá apropiarse de recurso alguno de los aportes.

Aceptado el resultado del proceso de compensación por la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC), el Fosyga autorizará la apropiación de los recursos a que tengan derecho y les girará los recursos que procedan dentro de las ocho (8) horas siguientes al recibo de la aceptación.

El débito de los recursos que correspondan al superávit del proceso de compensación, conforme a los resultados del mismo, será autorizado por el Fosyga para ser transferido a las respectivas subcuentas dentro del término señalado en el inciso anterior.

En los casos en que no se acepte el resultado del proceso de compensación por parte de la EPS o la EOC, el Fosyga no autorizará la apropiación ni giro de recursos a la Entidad.

Parágrafo. Las horas a las que se refiere este artículo se entenderán como horas hábiles de acuerdo con el horario oficial de atención del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces.

(Art. 16 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.7 ***Validaciones del proceso de Compensación.*** Además de las validaciones que correspondan a las reglas previstas en las normas vigentes, la información de la Base de Datos Única de Afiliados, se cruzará con la información de fallecidos con que cuente el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, con la información de los aportes al SGSSS registrados en la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes (PILA) y con la del recaudo de aportes de las cuentas maestras.

La imposibilidad de compensar derivada de deficiencias en la actualización de la base de datos de afiliados, problemas con el recaudo o cualquier otra causal, en ningún caso podrá afectar los derechos de las personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del SGSSS y que hayan efectuado sus aportes conforme a la ley.

(Art. 17 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.8 ***Ajuste de información de registros no compensados.*** Con el fin de proceder a efectuar el proceso de compensación, cuando este no sea posible por inconsistencias en la información registrada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), las EPS y las EOC efectuarán las gestiones para aclarar esta información y la enviarán ajustada al Fosyga en la fecha definida en el inciso segundo del artículo 2.6.1.1.1.4 del presente decreto.

De encontrarse la inconsistencia en el valor de los aportes, bien sea por error del banco o del aportante o de quien maneja la información del recaudo, las EPS o las EOC adelantarán las gestiones que correspondan según el caso, para que se ajusten los valores que deberán reflejarse en la información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y en la cuenta maestra.

(Art. 18 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.9 ***Proceso de corrección.*** Las correcciones del proceso de compensación definido en el presente Capítulo, se presentarán por las EPS o por las EOC, el último día hábil de la tercera semana del mes y procederán únicamente sobre los registros aprobados que se requieran corregir. Una vez aceptado el

proceso de corrección, la información se sustituirá y en consecuencia, se podrá ajustar el resultado de la compensación.

Los montos a favor del Fosyga o de las EPS y las EOC que resulten del proceso de corrección y el reconocimiento de recursos a que hubiere lugar, se determinaran de acuerdo con los procedimientos establecidos en este Capítulo.

Las EPS y las EOC, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses para solicitar corrección de registros compensados, salvo en los casos en que la corrección se cause por efecto de ajustes en los pagos de aporte a través de PILA o por orden judicial.

(Art. 19 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.10 ***Cobro al Fosyga de licencias de maternidad y/o paternidad.*** Las licencias de maternidad y/o paternidad que las EPS y las EOC cobran al Fosyga, así como las correcciones a licencias aprobadas o glosadas se presentarán al Fosyga el último día hábil de la tercera semana del mes. El Fosyga efectuará la validación para su reconocimiento dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de presentación.

En todo caso, el cobro de dichas licencias por parte de las EPS y las EOC ante el Fosyga, deberá presentarse como máximo dentro de los doce (12) meses siguientes a su reconocimiento y pago.

(Art. 20 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.11 ***Formularios, medios magnéticos o electrónicos.*** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, adoptará los formularios necesarios para la implementación del presente Capítulo.

Los medios magnéticos o electrónicos que se requieran para procesar la información de la compensación, para el cobro de licencias de maternidad y/o paternidad o demás conceptos, deberán presentarse por las EPS y las EOC, conforme a lo previsto en el presente Capítulo y en la estructura de datos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, de tal forma que se garantice el cumplimiento de las normas que rigen el proceso de compensación y el reconocimiento de las licencias de maternidad y/o paternidad.

(Art. 21 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.12 ***Certificación de los procesos de Compensación.*** El último día hábil de la cuarta semana de cada mes, el revisor fiscal de las EPS o de las EOC o quien haga sus veces, cuando las mismas no estén obligadas a tener Revisor Fiscal, presentarán ante el Fosyga la certificación relacionada con cada uno de los procesos de compensación realizados en el mes anterior. La certificación de los procesos de compensación, deberá indicar y contener la siguiente información:

1. Que la entidad en los procesos de afiliación, registro de información en la base de datos de afiliados y en la remisión de información que soportó la compensación del mes anterior al que se certifica, observó íntegramente las normas legales.

2. Que la información en ella contenida corresponde a la realidad de acuerdo con los registros, archivos y soportes, en poder de la entidad.

3. Que la EPS o la EOC efectuó los recaudos de cotizaciones únicamente en las cuentas maestras de recaudo registradas para el efecto.

4. Total de afiliados activos correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.

5. Total de afiliados con acuerdos de pago vigentes correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.

6. Que la EPS y la EOC garantizó la prestación de los servicios de salud a los afiliados con cotizaciones en mora y que hayan sido compensados en el mes anterior al que se presenta la certificación.

7. El total de registros aprobados en los procesos de compensación.

8. El total de recursos reintegrados a los aportantes y el número de aportantes a quienes se les reintegró dichos aportes en el mes inmediatamente anterior.

9. Que los valores reclamados por licencias de maternidad y/o paternidad y devolución de aportes, corresponden a la liquidación efectuada por la EPS y la EOC, conforme a las normas legales vigentes.

10. Número de licencias de maternidad y/o paternidad, tramitadas y reconocidas en el mes inmediatamente anterior.

Parágrafo 1. La no presentación de la certificación de los procesos de compensación, se deberá informar inmediatamente a la Superintendencia Nacional de Salud para que se adelanten las actuaciones administrativas correspondientes.

Parágrafo 2. En el evento de presentarse alguna inconsistencia o incumplimiento de las disposiciones que rigen el proceso de compensación, el Revisor Fiscal o quien haga sus veces, en las EPS o EOC que no están obligadas a tener Revisor Fiscal, deberá informar dicha circunstancia a la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades a que hubiere lugar.

(Art. 22 del Decreto 4023 de 2011, modificado por el artículo 2 del decreto 674 de 2014)

Artículo 2.6.1.1.2.13 ***Control de pagos sin justa causa.*** El Fosyga realizará los cruces y validaciones para evitar pagos sin justa causa en el proceso de compensación o de los demás recursos reconocidos a las EPS y a las EOC con cargo al Fosyga y en todo caso, realizará la verificación de la inexistencia de pagos dobles.

En caso de evidenciarse pagos de UPC u otros conceptos sin justa causa, sin importar el proceso de compensación al que corresponda, el Fosyga adelantará las gestiones correspondientes ante las EPS y las EOC, requiriéndoles la devolución de los recursos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° del Decreto ley 1281 de 2002. En caso de no efectuarse el reintegro de dichos recursos, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, se dará traslado de los hechos y soportes documentales a la Superintendencia Nacional de Salud, quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos.

En el evento en que no se efectúe el reintegro ordenado, la Superintendencia Nacional de Salud informará de tal situación al Fosyga, quien podrá descontar los valores involucrados de futuros reconocimientos de UPC o prestaciones económicas según corresponda.

(Art. 23 del Decreto 4023 de 2011, modificado por el artículo 3 del decreto 674 de 2014)

Artículo 2.6.1.1.2.14 ***Apropiación de rendimientos financieros.*** El Fosyga autorizará la apropiación de los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las EPS y las EOC, conforme a lo previsto en el artículo 2 del Decreto Ley 1281 de 2002 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, para financiar las siguientes actividades relacionadas con el recaudo de las cotizaciones: gestión de cobro de las cotizaciones, financiación de actividades asociadas al manejo de la información sobre el pago de aportes y pago de los servicios financieros asociados al recaudo.

La apropiación a que refiere este artículo, se autorizará máximo hasta por un setenta por ciento (70%) del valor de los rendimientos liquidados en cada mes. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, definirá el porcentaje que aplique para todas las EPS y EOC en cada semestre.

Las EPS y EOC estarán obligadas a informar al Fosyga sobre los costos de recaudo y los conceptos financiados con cargo a los recursos de que trata el presente artículo.

(Art. 25 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.15 ***Recaudo de cotizaciones en mora con afiliación suspendida.*** Cuando se cumpla lo previsto en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, las cotizaciones en mora que se recauden, podrán ser compensadas siempre y cuando, se haya garantizado efectivamente el acceso a los servicios de salud de los afiliados por los que se recaudó la cotización.

(Art. 26 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.16 ***Cuenta maestra de pagos de las EPS y EOC.*** Los pagos que realicen las EPS o las EOC con cargo a los recursos que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud para financiar el Régimen Contributivo, deberán reportarse al Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto tendrán cuentas maestras de pagos que generen la información en la estructura de datos

que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces. Estas transacciones deberán realizarse por transferencia electrónica.

(Art. 27 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.17 ***Manuales operativos.*** Los manuales operativos del Fosyga incorporarán las reglas para el adecuado cumplimiento de lo previsto en esta Sección de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces. Los manuales operativos deberán mantenerse actualizados y publicados en la página web del Fosyga.

(Art. 30 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.18 ***Declaraciones de corrección.*** El Fosyga, a través del Administrador Fiduciario, verificará la información presentada por la EPS o EOC del medio magnético y del resumen, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración y comunicará dentro de este mismo plazo el resultado de las verificaciones por escrito.

(Art. 13 inciso 2 del Decreto 2280 de 2004)

Sección 3. Mecanismos de saneamiento de cuentas

Artículo 2.6.1.1.3.1 ***Objeto.*** La presente Sección tiene por objeto reglamentar el saneamiento de cuentas por recobros cuando se presenten divergencias recurrentes generadas por las glosas aplicadas en la auditoría integral a los recobros presentados por las entidades recobrantes ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

(Art. 1 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.2 ***Divergencias recurrentes.*** Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el artículo 122 del Decreto Ley 019 de 2012, entiéndanse por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre más de una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.

(Art. 2 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.3 ***Condiciones para el trámite de las divergencias recurrentes.*** El Representante Legal de la entidad recobrante que se acoja al trámite establecido en la presente Sección, deberá diligenciar para cada periodo de radicación, los formatos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en los que se verificará la siguiente información:

1. Que se acoge al trámite de divergencias recurrentes.

2. Que se autoriza descontar del valor total que se llegue a aprobar, el monto correspondiente al costo de la auditoría integral que se realice frente a la totalidad de recobros que se presenten.

3. Que se certifica que los recobros presentados no han sido objeto de pago.

4. Que se certifica que los recobros no hacen parte de procesos respecto de los cuales se haya proferido sentencia y esta se encuentre debidamente ejecutoriada sea o no favorable a la entidad recobrante.

5. Que se certifica que los recobros no hacen parte de conciliaciones ya aprobadas o que estén en curso.

6. Que se autoriza el giro directo del valor total que se llegue a aprobar con la presente medida, a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud habilitadas.

Parágrafo. Las entidades recobrantes que se acojan a la presente medida podrán presentar recobros que hagan parte de procesos judiciales en curso, siempre y cuando, el representante legal de las respectivas entidades manifiesten bajo la gravedad de juramento que las pretensiones relacionadas con el pago de los recobros que se aprueben en virtud de la presente medida y las accesorias o subsidiarias a las mismas, serán objeto de desistimiento en los términos del artículo 314 del Código General del Proceso.

(Art. 3 del Decreto 1865 de 2012, numeral 5 modificado y parágrafo adicionado por el artículo 2 del decreto 2555 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.4 ***Trámite para la solución de las divergencias recurrentes.*** Cuando se presenten divergencias recurrentes y la entidad recobrante se acoja al trámite aquí previsto, se adelantará el siguiente procedimiento:

1. Presentará su solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social en el formato y con los requisitos que este establezca, esgrimiendo los criterios objetivos que sustentan la divergencia recurrente.

2. El Ministerio de Salud y Protección Social con fundamento en los criterios de auditoría y los presentados por la entidad recobrante, evaluará y decidirá sobre lo solicitado.

3. Tratándose de divergencias recurrentes respecto de glosas por contenidos del POS, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas, previa solicitud del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS, expedirá el concepto respectivo.

4. En el evento de que la decisión del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS, según el caso, resulte favorable a los intereses de la entidad recobrante, se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría a los recobros objeto de la divergencia en los períodos de radicación que para el efecto determine el Ministerio

de Salud y Protección Social, cuyo costo será asumido por la entidad recobrante. En caso contrario, se devolverá la solicitud a la correspondiente entidad.

5. La nueva auditoría integral deberá verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 122 del Decreto ley 019 de 2012 y en la normativa vigente al momento en que se haya consolidado el hecho generador de la obligación, so pena de su no aprobación.

(Art. 4 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.5 ***Términos y formatos para la presentación de las solicitudes de recobro materia de divergencias recurrentes.*** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir los términos, requisitos, formatos y períodos de radicación que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para la aplicación del mecanismo dispuesto en el artículo 122 del Decreto ley 19 de 2012.

(Art. 5 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.6 ***Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro objeto de divergencias recurrentes.*** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, deberá adelantar el estudio de las revisiones de recobros frente a los que se predique divergencia recurrente e informar a la entidad recobrante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que cumplan con el lleno de los requisitos.

(Art. 6 del Decreto 1865 de 2012)

Sección 4. Giro Directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación

Artículo 2.6.1.1.5.1 ***Objeto de las normas de esta Sección.*** Definir el procedimiento para el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo, de los valores que se les reconoce a través del FOSYGA, por concepto de Unidad de Pago por Capitación - UPC, en el caso en que la EPS se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación.

(Art. 1 del Decreto 2464 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.5.2 ***Procedimiento para el giro directo de los recursos del Régimen Contributivo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*** El giro directo de que trata la presente Sección, se efectuará con sujeción al siguiente procedimiento:

1. La Superintendencia Nacional de Salud certificará al Administrador Fiduciario de los Recursos del FOSYGA y al Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS del Régimen Contributivo que se encuentren incursas en medida de vigilancia especial,

intervención o liquidación. Esta certificación se actualizará inmediatamente se presente alguna novedad respecto de las medidas antes señaladas.

2. El Administrador Fiduciario de los Recursos del FOSYGA creará una cuenta bancaria para cada EPS del Régimen Contributivo que se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, a la que se girará el 80% de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que se le reconozca como resultado del proceso de compensación.

A través de esta cuenta, el FOSYGA administrará los recursos dispuestos para el giro directo, de forma independiente a los demás recursos que administra y efectuará los giros respectivos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

3. Aprobados los procesos de compensación por el FOSYGA y dentro de los términos para su aceptación, se transferirá el ochenta por ciento (80%) del valor de las UPC reconocidas desde las cuentas maestras de recaudo del Régimen Contributivo a la cuenta creada por el FOSYGA.

En el caso de las EPS deficitarias, el Administrador Fiduciario, dentro del término de giro de los recursos resultado del proceso de compensación, transferirá a la mencionada cuenta el valor correspondiente hasta completar el ochenta por ciento (80%) de las UPC reconocidas.

4. Las EPS obligadas a realizar el giro directo en virtud de lo previsto en esta Sección, reportarán la información de la relación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud beneficiarias del giro, en los términos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las autorizaciones de giro solo podrán recaer sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

5. El Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA realizará el registro y control de los montos girados directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en nombre de las EPS, de manera que se garantice su identificación y trazabilidad.

6. Las EPS del Régimen Contributivo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud destinatarias del giro y el FOSYGA, realizarán los trámites presupuestales pertinentes de acuerdo con la normativa vigente, a fin de revelar en sus estados financieros las operaciones de que trata esta Sección.

Parágrafo. En el evento en que una EPS, conforme a lo señalado en la Ley 1608 de 2013, decida girar recursos superiores al porcentaje aquí previsto, podrá hacerlo siguiendo procedimiento descrito en este artículo, previa comunicación al Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

(Art. 2 del Decreto 2464 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.5.3 ***Responsabilidad por la información.*** Las EPS serán responsables de la calidad y oportunidad de la información que reporten para el proceso de giro directo de que trata esta Sección y, en consecuencia, de los errores que se originen por sus inconsistencias.

(Art. 3 del Decreto 2464 de 2013)

Capítulo 2
Subcuenta de solidaridad

Artículo 2.6.1.2.1 ***Objeto.*** Los recursos de la subcuenta de solidaridad tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes.

(Art. 21 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.2.2 ***Recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.*** Los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado de Salud, dada la finalidad de los mismos, se recaudarán a través del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, así:

1. Los recursos correspondientes al Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, se girarán por la Nación dentro del término establecido en el artículo 53 de la Ley 715 de 2001 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Los recursos distribuidos por Coljuegos o la entidad que haga sus veces, que deben concurrir en la financiación del Régimen Subsidiado se girarán por parte de dicha entidad, acorde con lo definido en los artículos 2.7.9.1.1 a 2.7.9.1.8 del Decreto Único 1068 de 2015, reglamentario del sector Hacienda, y las normas que los modifiquen adicionen o sustituyan.

3. Los recursos del Impuesto sobre las Ventas –IVA–, a que refiere el artículo 4° de la Ley 1393 de 2010 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, destinados para la financiación del Régimen Subsidiado, se girarán por la Nación según el Plan Anual Mensualizado de Caja.

4. Los recursos de regalías a que refiere el numeral 4 del aparte 1 del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2001, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, que las entidades territoriales deben destinar para la financiación del Régimen Subsidiado, se girarán dentro de los plazos y condiciones que señalen las normas que los regulan.

5. Los demás recursos de orden nacional que de acuerdo con la ley financien el Régimen Subsidiado, se girarán por la Nación según el Plan Anual Mensualizado de Caja.

Parágrafo 1. Los recursos de esfuerzo propio que las Entidades Territoriales deban destinar para la financiación del Régimen Subsidiado podrán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expidan los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

Parágrafo 2. Los recursos de que trata este artículo se girarán directamente hasta la concurrencia de los mismos, a las Entidades Promotoras de Salud en nombre de las Entidades Territoriales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuando corresponda, de acuerdo con el mecanismo de giro definido en el artículo 2.3.2.2.7 del presente decreto.

El giro de los recursos se realizará, sin perjuicio de las responsabilidades que les asisten a las entidades territoriales respecto del pago oportuno de los recursos de esfuerzo propio que están obligadas a destinar para garantizar la financiación integral de la afiliación al Régimen Subsidiado.

(Art. 2 del Decreto 4962 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.3 ***Recursos especiales.*** A la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), ingresarán los recursos provenientes del impuesto social a las armas definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011. Con ellos se formará un fondo para financiar tanto la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, como las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de las mujeres afiliadas al Régimen Subsidiado, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Una vez la totalidad de esta población se afilie efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el monto de los recursos que el Consejo de Administración del Fosyga fije para la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia, se destinará a financiar la UPC del Régimen Subsidiado.

Los recursos a que refiere el presente artículo serán recaudados por Indumil y deberán girarse dentro de los primeros quince días calendario del mes siguiente, al Fondo de Solidaridad y Garantía, (Fosyga), Subcuenta de Solidaridad.

Parágrafo. Los recursos destinados a la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre no asegurada, únicamente podrán ser complementarios de los recursos que deben aportar las entidades territoriales para la financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud que atiendan estos eventos.

(Art. 23 del Decreto 1283 de 1996 modificado por el artículo 1 del decreto 1792 de 2012)

Artículo 2.6.1.2.4 ***Recursos para la inspección, vigilancia y control.*** Del monto total estimado de recursos destinados al Régimen Subsidiado en cada

entidad territorial, el Ministerio de Salud y Protección Social calculará y girará mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud el 0.4% de los recursos, con cargo a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

(Art. 16 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.5 ***Registro y control de los recursos de las entidades territoriales.*** Los recursos cuya titularidad corresponda a las Entidades Territoriales se registrarán y controlarán de forma individual. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá la metodología para el registro e imputación de los rendimientos financieros que dichos recursos generen y para el registro y control en forma independiente por parte del Fosyga de los demás recursos de que trata el artículo 2.6.1.2.2 del presente decreto, excluidos los que corresponden a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

(Art. 3 del Decreto 4962 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.6 ***Reintegro de los recursos no ejecutados.*** Los distritos y municipios deberán reintegrar a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), los recursos no ejecutados que en el marco del artículo 46 de la Ley 715 de 2001 se destinaron a la financiación de las acciones de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

El reintegro y el reporte del valor reintegrado deberán efectuarse a la cuenta y mediante el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 2240 de 2010)

Artículo 2.6.1.2.7 ***Inembargabilidad de los recursos del Régimen Subsidiado.*** De conformidad con lo establecido en el Parágrafo 2 del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, los recursos a que refiere el presente Capítulo por tratarse de recursos de la Nación y de las entidades territoriales para la financiación del Régimen Subsidiado, son inembargables.

(Art. 4 del Decreto 4962 de 2011)

Sección 1. Seguimiento y control

Artículo 2.6.1.2.1.1 ***Seguimiento y control del régimen subsidiado.*** Las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.

Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios

de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.

(Art. 14 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.1.2 ***Giro a la red prestadora por incumplimiento de las EPS.*** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá realizar giros directos a la red prestadora de servicios si se evidencian situaciones en las que, por la no realización del pago oportuno con base en obligaciones generadas con posterioridad al primero de abril de 2011 por parte de las EPS a la red prestadora, se ponga en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados, en los términos previstos en la normativa vigente.

Dichas situaciones serán informadas por las entidades territoriales o por las instituciones de la red prestadora a la Superintendencia Nacional de Salud, quien previa evaluación de la situación, podrá solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social la suspensión parcial o total del giro de los recursos a las EPS de manera provisional.

Una vez realizada la verificación y de acuerdo con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá girar directamente a la red prestadora de servicios, mientras se mantengan las circunstancias que generaron la medida.

(Art. 15 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.1.3 ***Reintegro de las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.*** El reintegro de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado cuando se hubiere efectuado un giro de lo no debido, procederá de la siguiente manera:

1. Cuando el giro de lo no debido se presenta por novedades reportadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), estos valores serán descontados en los siguientes giros, hecho del cual serán notificadas las EPS y la respectiva entidad territorial. En el evento en que en el Fosyga no existan recursos a favor de la EPS para efectuar el descuento, los recursos correspondientes al giro de lo no debido deberán ser reintegrados a dicho Fondo por parte de las EPS.

2. Cuando el giro de lo no debido se detecta como consecuencia de auditorías a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o sobre el histórico de las UPC reconocidas se adelantará el procedimiento de reintegro de que trata el artículo 3 del Decreto-ley 1281 de 2002. Igual procedimiento se debe seguir cuando por falta de existencia de recursos no se puedan realizar los descuentos establecidos en el numeral anterior y la EPS no haya reintegrado los recursos correspondientes.

3. En el evento en que por un afiliado o beneficiario del régimen subsidiado, una Entidad Promotora de Salud diferente a aquella que viene garantizando el aseguramiento, reciba el reconocimiento retroactivo de las Unidades de Pago por Capitación del régimen contributivo, la EPS que venía asegurando al afiliado y

recibiendo las UPC del régimen subsidiado tendrá derecho a cobrar a la EPS del contributivo el valor de la prestación de los servicios de salud en que hubiere incurrido durante los periodos por los cuales recibió la UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la acreditación y el pago de dichos servicios.

(Art. 17 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 1 del Decreto 251 de 2015)

Artículo 2.6.1.2.1.4 ***Obligaciones en materia de información.*** Las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud serán responsables del registro de los afiliados y la calidad de los datos de la afiliación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011. Los errores en el giro de los recursos relacionados con inconsistencias de información serán responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales.

Las cuentas maestras de los municipios y distritos deberán cumplir los estándares de información que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para el seguimiento de los pagos a las Entidades Promotoras de Salud y a la red prestadora de servicios de salud.

(Art. 18 del Decreto 971 de 2011)

Capítulo 3
Subcuenta de promoción y prevención

Artículo 2.6.1.3.1 ***Objeto.*** La subcuenta de promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Consejo de Administración del FOSYGA o quien haga sus veces.

(Art. 25 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.3.2 ***Recursos de la subcuenta de promoción.*** La subcuenta de promoción se financiará con un porcentaje de la cotización definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social como Consejo de Administración del Fosyga podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las Entidades Promotoras de Salud por concepto de cuotas moderadoras.

Los recursos provenientes de la sanción de que trata el artículo 29 de la Ley 1335 de 2009 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con el artículo 30 ibídem, se ejecutarán por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), con estricta sujeción a la destinación definida en el precitado artículo 30.

(Art. 26 del Decreto 1283 de 1996 modificado por el Art. 2 del Decreto 1792 de 2012)

Artículo 2.6.1.3.3 ***Recursos especiales.*** Los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011, ingresarán a la subcuenta de promoción de la salud y se destinarán a la financiación, tanto de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial, como de las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Para efectos de financiar las campañas territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social como Consejo de Administración del Fosyga establecerá los criterios para la distribución de dichos recursos.

Este impuesto será recaudado por Indumil y deberá girarse al Fosyga, dentro de los primeros quince días calendario de cada mes.

Los recursos que se destinen a la financiación de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial se girarán directamente a los fondos de salud de las entidades territoriales una vez la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social haya aprobado los proyectos presentados por las citadas entidades".

(Art. 27 del Decreto 1283 de 1996 modificado por el Art. 3 del Decreto 1792 de 2012)

Artículo 2.6.1.3.4 ***Valor anual per cápita para planes de prevención.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá anualmente el valor per cápita destinado al pago de las actividades de prevención de la enfermedad que realicen las entidades promotoras de salud con cargo a los recursos de la subcuenta.

(Art. 28 del Decreto 1283 de 1996)

Capítulo 4
Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT

Artículo 2.6.1.4.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.

Las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, serán atendidas conforme lo dispuesto en dicha ley, en los artículos 2.2.1.1 al 2.2.6.4.4 del Decreto Único 1084 de 2015, reglamentario del sector de Inclusión Social, y las demás normas que en su desarrollo se expidan y recibirán los beneficios establecidos en tales disposiciones.

(Art. 1 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2 ***Ámbito de aplicación.*** El presente Capítulo aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este Capítulo.

(Art. 2 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3 ***Definiciones.*** Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

1. **Accidente de tránsito**. Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este Capítulo, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas.

2. **Beneficiario.** Es la persona que acredite tener derecho a los servicios médicos, indemnizaciones y/o gastos de que tratan los artículos 2.6.1.4.1.3 a 2.6.1.4.2.19 del presente decreto, de acuerdo con las coberturas allí señaladas.

3. **Evento catastrófico de origen natural.** Para efectos del presente Capítulo son eventos catastróficos de origen natural los sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones, avalanchas, vendavales, huracanes, tornados, incendios y rayos que producen daños en la salud o la muerte de personas.

4. **Eventos terroristas.** Para efectos del presente Capítulo se consideran eventos terroristas los provocados con bombas u otros artefactos explosivos, los causados por ataques terroristas a municipios, así como las masacres terroristas, que generen a personas de la población civil, la muerte o deterioro en su integridad personal.

5. **Otros eventos.** Son aquellos eventos diferentes a los establecidos en el presente artículo, que afectan a una o varias personas y que por haber superado la capacidad de atención de la entidad territorial donde se presentó el evento, generan la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser aprobados como tal por el Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de las funciones propias del

Consejo de Administración del Fosyga y las víctimas del mismo serán beneficiarias de los servicios médicos, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT.

6. **Vehículo automotor.** De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

7. **Vía.** De conformidad con lo establecido en la Ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

8. **Víctima.** Es toda persona que ha sufrido daño en su salud como consecuencia de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de otro evento aprobado.

(Art. 3 del Decreto 56 de 2015)

Sección 1. Financiación Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT)

Artículo 2.6.1.4.1.1 ***Financiación de la Subcuenta ECAT del Fosyga.*** Esta Subcuenta se financiará con:

1. Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, constituidas por la diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y el monto definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento.

La transferencia a que refiere este numeral se realizará bimestralmente, dentro de los quince (15) primeros días hábiles siguientes al corte del bimestre correspondiente, de conformidad con lo establecido en los incisos 1° y 4° del numeral 2 del artículo 199 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incisos modificados por el numeral 9 del artículo 244 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Una contribución equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la prima anual establecida para el SOAT, que se cobrará en adición a ella. Las compañías aseguradoras autorizadas para su expedición, estarán obligadas a recaudar esta contribución y a transferirla en su totalidad al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes.

3. Los recursos que por cualquier medio recupere el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que haya pagado con ocasión de la atención a personas por un accidente de tránsito, cuando exista incumplimiento del propietario del vehículo automotor de la obligación de adquirir el SOAT.

4. Los rendimientos de sus inversiones.

5. Los demás que determine la ley.

Parágrafo. En caso de que las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, concedan descuentos sobre las tarifas máximas fijadas en las normas vigentes sobre la materia, dichos descuentos no se trasladarán a las contribuciones o transferencias que estas compañías deben hacer a los Fondos de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y el Fondo Nacional de Seguridad Vial, tarifas que se calcularán, cobrarán, pagarán y transferirán con base en las máximas establecidas.

(Art. 4 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.1.2 ***Destinación de los recursos.*** Los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, tendrán la siguiente destinación:

1. El pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, de las víctimas de accidentes de tránsito cuando no exista cobertura por parte del SOAT, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y de los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, de acuerdo con lo establecido en el Decreto ley 019 de 2012, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

2. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas de que trata el Parágrafo del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 y los servicios de asistencia en salud a que refiere el artículo 54 de la misma ley, no incluidos en el Plan de Beneficios de la víctima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2.2.6.1.3 del Decreto Único 1084 de 2015, reglamentario del sector de Inclusión Social y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Gastos para la administración de los recursos del Fosyga.

4. Las demás que determine la ley.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, previo estudio técnico de los riesgos que asume la Subcuenta ECAT, establecerá una provisión, que deberá mantenerse anualmente, para atender los mayores gastos que puedan generarse por las coberturas a cargo de la Subcuenta ECAT. El saldo restante después de asignar los recursos para los gastos del presente artículo, incluida la provisión, podrá destinarse a la financiación de programas institucionales de prevención, accesibilidad y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas.

Estos recursos serán complementarios a los destinados por las entidades territoriales para la atención de urgencias.

(Art. 5 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.1.3 ***Servicios de salud y prestaciones económicas.*** De acuerdo con lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 112 del Decreto ley 019 de 2012, las víctimas de que trata este Capítulo, tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente Capítulo, las coberturas y valores por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos aquí regulados, se entenderán fijadas para cada víctima y se aplicarán independientemente al número de víctimas resultantes de un mismo accidente de tránsito, evento terrorista, evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado.

(Art. 6 del Decreto 56 de 2015)

Sección 2. Servicios de salud, indemnizaciones y gastos a reconocer

Artículo 2.6.1.4.2.1 ***Servicios de salud.*** Para efectos del presente Capítulo, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que Esta traía.

Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente Capítulo comprenden:

1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.

2. Atenciones ambulatorias intramurales.

3. Atenciones con internación.

4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.

5. Suministro de medicamentos.

6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.

7. Traslado asistencial de pacientes.

8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

9. Rehabilitación física.

10. Rehabilitación mental.

El traslado asistencial de pacientes entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud, se pagará con cargo a los recursos del SOAT o de la Subcuenta ECAT del Fosyga, al valor establecido por el Gobierno nacional. Hasta tanto se expida la reglamentación correspondiente, se pagará a la tarifa institucional del Prestador de Servicios de Salud.

Parágrafo 1. El prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a través de la respectiva entidad territorial en donde se encuentra habilitado y presta los servicios.

Parágrafo 2. Todo servicio de salud deberá ser atendido por prestadores de servicios de salud habilitados por la autoridad competente, en el lugar en que se preste el servicio y solo podrá prestarse en la jurisdicción en la que se encuentre habilitado por el ente territorial competente.

Parágrafo 3. Cuando la institución prestadora de servicios de salud no cuente con el grado de complejidad del servicio requerido por la víctima, deberá remitirla a través de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana y habilitada para prestar el servicio requerido.

(Art. 7 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.2 ***Legitimación para reclamar.*** Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente Capítulo, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.

(Art. 8 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.3 ***Cobertura.*** Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se

encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga.

2. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando los servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado no se encuentre identificado o no esté asegurado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

3. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento terrorista, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope.

4. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento catastrófico de origen natural o de otros eventos declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope.

Parágrafo 1. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Parágrafo 2. Cuando se trate de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes, dicha población tendrá

derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para el efecto. En estos casos, el prestador de servicios de salud, informará de tal situación a la Dirección Distrital o Departamental de Salud que le haya habilitado sus servicios para que proceda a adelantar los trámites de afiliación, de conformidad con las reglas establecidas en la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007 y el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 3. Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según quien asuma la cobertura, conforme a lo previsto en el presente Capítulo.

Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al mencionado plan voluntario, complementario o adicional de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o cubiertos por el plan voluntario, complementario o adicional de salud, serán asumidos con cargo al Plan Obligatorio de Salud.

En cualquier caso, las empresas que ofrecen planes voluntarios, complementarios o adicionales de salud, no podrán limitar la cobertura a sus usuarios respecto de los servicios médicos que estos requieran por el solo hecho de tener origen en accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos de origen natural o los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 9 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.4 ***Tarifas***. A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Anexo Técnico 1 del presente decreto.

En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces.

Cuando un prestador de servicios de salud suministre una tecnología en salud que no tenga asignada una tarifa en el Anexo Técnico 1 del presente decreto o en la regulación que expida la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o quien asuma sus competencias, el valor a reconocer será el de la tarifa que tenga definida la Institución Prestadora de Servicios de Salud, previa la comprobación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el mencionado decreto bajo otra denominación.

Parágrafo. El Gobierno nacional, dentro de los dos (2) años siguientes al 14 de enero de 2015 actualizará y ajustará el manual tarifario incorporado en el Anexo Técnico 1 del presente decreto y realizará de manera periódica, mínimo cada cinco (5) años, la revisión y ajustes correspondientes.

(Art. 10 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.5 ***Término para presentar las reclamaciones.*** Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Art. 11 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.6 ***Indemnización por incapacidad permanente.*** Es el valor a reconocer, por una única vez, a la víctima de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, cuando como consecuencia de tales acontecimientos se produzca en ella la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente.

(Art. 12 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.7 ***Beneficiario y legitimado para reclamar.*** Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar la indemnización por incapacidad permanente ante la Subcuenta ECAT del Fosyga o ante la entidad aseguradora autorizada para expedir el SOAT, según corresponda, la víctima de un accidente de tránsito, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, cuando por causa de dichos eventos, hubiere perdido la capacidad laboral en alguno de los porcentajes establecidos en la tabla contenida en el artículo 2.6.1.4.2.8 del presente decreto, pérdida que deberá ser calificada por la autoridad competente.

(Art. 13 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.8 ***Responsable del pago y valor a reconocer.*** La indemnización por incapacidad permanente será cubierta por:

a) La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;

b) La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El valor de la indemnización por incapacidad permanente se regirá en todos los casos por la siguiente tabla:

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES (SMLDV)
Mayor a 50	180
Mayor a 49 hasta 50	171,5
Mayor a 48 hasta 49	168
Mayor a 47 hasta 48	164,5
Mayor a 46 hasta 47	161
Mayor a 45 hasta 46	157,5
Mayor a 44 hasta 45	154
Mayor a 43 hasta 44	150,5
Mayor a 42 hasta 43	147
Mayor a 41 hasta 42	143,5
Mayor a 40 hasta 41	140
Mayor a 39 hasta 40	136,5
Mayor a 38 hasta 39	133
Mayor a 37 hasta 38	129,5
Mayor a 36 hasta 37	126
Mayor a 35 hasta 36	122,5
Mayor a 34 hasta 35	119
Mayor a 33 hasta 34	115,5
Mayor a 32 hasta 33	112
Mayor a 31 hasta 32	108,5
Mayor a 30 hasta 31	105
Mayor a 29 hasta 30	101,5
Mayor a 28 hasta 29	98
Mayor a 27 hasta 28	94,5
Mayor a 26 hasta 27	91
Mayor a 25 hasta 26	87,5
Mayor a 24 hasta 25	84
Mayor a 23 hasta 24	80,5
Mayor a 22 hasta 23	77
Mayor a 21 hasta 22	73,5
Mayor a 20 hasta 21	70
Mayor a 19 hasta 20	66,5
Mayor a 18 hasta 19	63
Mayor a 17 hasta 18	59,5
Mayor a 16 hasta 17	56

Mayor a 15 hasta 16	52,5
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	**MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES (SMLDV)**
Mayor a 14 hasta 15	49
Mayor a 13 hasta 14	45,5
Mayor a 12 hasta 13	42
Mayor a 11 hasta 12	38,5
Mayor a 10 hasta 11	35
Mayor a 9 hasta 10	31,5
Mayor a 8 hasta 9	28
Mayor a 7 hasta 8	24,5
Mayor a 6 hasta 7	21
Mayor a 5 hasta 6	17,5
De 1 hasta 5	14

Parágrafo 1. La calificación de pérdida de capacidad será realizada por la autoridad competente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012 y se ceñirá al Manual Único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional vigente a la fecha de la calificación.

Parágrafo 2. No serán beneficiarios de la indemnización por incapacidad permanente a cargo del Fosyga, quienes a la fecha de la ocurrencia del evento se encuentren afiliados en estado "activo" al Sistema General de Riesgos Laborales y el evento que ocasionó el estado de invalidez se trate de un accidente de trabajo o quienes hayan obtenido una pensión de invalidez o una indemnización sustitutiva de la pensión de invalidez por parte del Sistema General de Pensiones.

(Art. 14 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.9 ***Término para presentar la reclamación.*** La solicitud de indemnización por incapacidad permanente deberá presentarse en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha en la que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

En cualquiera de los dos casos, siempre y cuando entre la fecha de ocurrencia del evento y la solicitud de calificación de la invalidez no haya pasado más de dieciocho (18) meses calendario.

(Art. 15 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.10 ***Incapacidades temporales.*** Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, serán cubiertas por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Laborales si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 3.2.1.10 del presente decreto, los artículos 2 y 3 de la Ley 776 de 2002, el parágrafo 3 del artículo 5 de la Ley 1562 de 2012, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 16 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.11 ***Indemnización por muerte y gastos funerarios.*** Es el valor a reconocer a los beneficiarios de la víctima que haya fallecido como consecuencia de un accidente de tránsito, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural u otro evento aprobado.

Parágrafo. En el caso de los accidentes de tránsito, para proceder al reconocimiento y pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios a los beneficiarios, la muerte de la víctima debió haber ocurrido dentro del año siguiente a la fecha de la ocurrencia del accidente en comento.

(Art. 17 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.12 ***Beneficiarios y legitimados para reclamar.*** Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar la indemnización por muerte y gastos funerarios, el cónyuge o compañero (a) permanente de la víctima, en la mitad de la indemnización y sus hijos en la otra mitad, distribuida en partes iguales. De no haber hijos, la totalidad de la indemnización corresponderá al cónyuge o compañero (a) permanente; de no existir alguno de los anteriores, serán beneficiaros los padres y a falta de ellos los hermanos de la víctima.

(Art. 18 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.13 ***Valor a pagar y responsable del pago.*** Se reconocerá y pagará una sola indemnización por muerte y gastos funerarios por víctima, en cuantía equivalente a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento terrorista del evento catastrófico de origen natural o del aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

La indemnización por muerte y gastos funerarios será cubierta por:

a) La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;

b) La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 19 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.14 ***Término para presentar la reclamación.*** La reclamación por muerte y gastos funerarios deberá presentarse en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha de fallecimiento de la víctima que se señala en su Registro Civil de Defunción;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Art. 20 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.15 ***Gastos de transporte.*** Es el valor a reconocer a la persona natural o jurídica que demuestre haber incurrido en gastos de transporte y movilización de la víctima, desde el sitio de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de otro evento aprobado, hasta la institución prestadora de servicios de salud pública o privada a donde aquella sea trasladada.

El valor de la indemnización por gasto de transporte no incluye el transporte de la víctima entre distintas instituciones prestadoras de servicios de salud.

(Art. 21 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.16 ***Beneficiarios y legitimados para reclamar.*** Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar el reconocimiento de los gastos de transporte de la víctima de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o del que sea aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, las personas naturales o jurídicas que demuestren haber efectuado el transporte a que se refiere el artículo anterior, a través de la presentación del formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá estar suscrito por la persona designada por la IPS.

Parágrafo. Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, solo se reconocerá la indemnización a las entidades habilitadas para prestar estos servicios, quienes podrán presentar las reclamaciones de manera acumulada, por periodos mensuales de conformidad con los formatos que para tal fin adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 22 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.17 ***Responsable del pago.*** La indemnización por gastos de transporte será cubierta por:

a) La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;

b) La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 23 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.18 ***Término para presentar la reclamación.*** La reclamación por gastos de transporte del lugar del evento al centro asistencial deberá presentarse en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha en que se prestó el servicio de transporte;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Art. 24 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.19 ***Tarifa.*** De conformidad con lo establecido en el literal d) del artículo 112 del Decreto ley 019 de 2012, los gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, se pagarán por una sola vez en cuantía equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente (smldv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 25 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2.20 ***Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud.*** Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 2.6.1.4.3.5 y 2.6.1.4.3.6 del presente decreto.

3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 2.6.1.4.3.7 del presente decreto.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

(Art. 26 del Decreto 56 de 2015)

Sección 3. Trámite para la presentación de la solicitud de pago de reclamaciones

Artículo 2.6.1.4.3.1 ***Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad permanente.*** Para radicar la solicitud de indemnización por incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado, la víctima o a quien este haya autorizado, deberá radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o su apoderado, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado.

2. Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

3. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito.

4. Epicrisis o resumen clínico de atención expedido por el Prestador de Servicios de Salud y certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas.

5. Cuando la reclamación se presente ante el Fosyga, declaración por parte de la víctima en la que indique que no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales y que no ha recibido pensión de invalidez o indemnización sustitutiva de la misma por parte del Sistema General de Pensiones.

6. Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.

7. Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.

8. Poder en original mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.

(Art. 27 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.2 ***Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios.*** Para radicar la solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios de una víctima de accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de otro evento aprobado, los beneficiarios deberán radicar ante la aseguradora o el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, según corresponda los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, debidamente diligenciado.

2. Epicrisis o resumen clínico de atención, si la víctima de accidente de tránsito, fue atendida antes de su muerte.

3. Certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista.

4. Registro Civil de Defunción de la víctima.

5. Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.

6. Copia del Registro Civil de Matrimonio cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.

7. Copia de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.

8. Copia del Registro Civil de Nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.

9. Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes.

10. Copia del documento de identificación de los reclamantes.

11. Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.

12. Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.

(Art. 28 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.3 ***Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial.*** Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 2.6.1.4.2.15 del presente decreto, los reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.

2. Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.

3. Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.

(Art. 29 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.4 ***Prohibición de solicitud de documentos adicionales.*** Ni el Fosyga, ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentos adicionales a los establecidos en el presente Capítulo ni en la resolución que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo.

(Art. 30 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.5 ***Contenido de la Epicrisis.*** Para los efectos del presente Capítulo la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.

2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.

3. Servicio de ingreso.

4. Hora y fecha de ingreso.

5. Servicio de egreso.

6. Hora y fecha de egreso.

7. Motivo de consulta.

8. Enfermedad actual, información que debe contener:

8.1. La relación con el evento que originó la atención.

8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.

9. Antecedentes.

10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.

11. Hallazgos del examen físico.

12. Diagnóstico de ingreso.

13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.

14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.

15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.

16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.

17. Diagnósticos de egreso.

18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.

19. Plan de manejo ambulatorio.

20. En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.

21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

Parágrafo 1. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

(Art. 31 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.6 ***Contenido del resumen clínico de atención.*** Para los efectos del presente Capítulo el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.

2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.

3. Edad y sexo del paciente.

4. Servicio de ingreso.

5. Fecha de atención.

6. Motivo de consulta.

7. Enfermedad actual en donde debe indicarse:

7.1. La relación con el evento que originó la atención.

7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.

8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.

9. Antecedentes.

10. Examen físico.

11. Diagnóstico.

12. Plan de tratamiento.

13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

Parágrafo 1. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

(Art. 32 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.7 ***Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente.*** La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Art. 33 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.8 ***Obligación de emitir certificaciones de pólizas no expedidas.*** Las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, cuando identifiquen que la póliza con cargo a la cual una persona natural o jurídica reclama el reconocimiento de las indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no fue expedida por la aseguradora, esta deberá emitir una certificación en tal sentido.

(Art. 34 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.9 ***Censo de víctimas de eventos catastróficos de origen natural y de eventos terroristas.*** Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la ocurrencia de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista, el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres del municipio en donde este ocurrió, elaborará un censo con la población que resultó víctima y lo remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto. El censo deberá especificar como mínimo, el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la ocurrencia del evento.

La remisión del mencionado censo o de la certificación en la que conste que la víctima hace parte del censo, constituirá condición indispensable para la

acreditación de la calidad de víctima y el consecuente pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo.

(Art. 35 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.10 ***Verificación de requisitos.*** Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este Capítulo y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6 de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

(Art. 36 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.11 ***Imposibilidad de recibir doble beneficio.*** En caso de que el beneficiario de las indemnizaciones a reconocer como consecuencia de un evento terrorista, haya recibido indemnización por muerte y gastos funerarios o por incapacidad, por parte de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el valor reconocido por dicha entidad se descontará de la indemnización a reconocer por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y se pagará la diferencia, con el propósito de evitar que se genere un doble pago por el mismo hecho.

Para el reconocimiento de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, con el objeto de evitar dobles pagos, deberán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas a cada una con aquellas disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto.

(Art. 37 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.12 ***Término para resolver y pagar las reclamaciones.*** Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

(Art. 38 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.13 ***Adopción de requisitos y condiciones***. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de las mismas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga.

(Art. 39 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3.14 ***Repetición.*** Se podrá repetir el pago realizado a las víctimas de accidentes de tránsito, así:

1. Las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, podrán repetir en acción judicial contra la Subcuenta ECAT del Fosyga, el valor de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos cancelados a la víctima o a los beneficiarios, cuando judicialmente se demuestre que la póliza que ampara el vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, es falsa.

2. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra el tomador del seguro por cualquier suma que hayan pagado como indemnización, cuando quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente haya actuado con autorización del tomador y con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación, de

conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, podrá repetir contra la compañía aseguradora autorizada para expedir el SOAT, cuando con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga se hayan pagado servicios de salud, indemnizaciones y gastos a las víctimas de accidentes de tránsito, y se compruebe que él o cualquiera de los vehículos involucrados en el accidente de tránsito estaban amparados por una póliza SOAT a la fecha de ocurrencia del mismo.

4. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) que reconozcan y paguen servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, originados en accidentes de tránsito, podrán repetir contra las compañías de seguros cuando los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo no fueron pagadas con cargo a la póliza SOAT legal y vigente al momento del accidente. Para tales efectos, las aseguradoras deberán manejar mecanismos que permitan el cruce de información que impidan la duplicidad de pagos por los mismos conceptos.

Parágrafo. De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de quien hubiere recibido cualquier suma de la Subcuenta ECAT de dicho Fondo por concepto de pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, con ocasión del incumplimiento del propietario del vehículo de la obligación de adquirir el SOAT. No obstante, la persona que conducía el vehículo no asegurado al momento del accidente, será solidaria por todo concepto de responsabilidad que le asista al propietario del vehículo por cuenta del incumplimiento de la obligación de adquirir el SOAT. En estos casos, el Fosyga adelantará las acciones pertinentes contra el propietario del vehículo para la fecha del accidente, encaminadas a recuperar las sumas que haya pagado por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo y contra el conductor si lo estima pertinente.

(Art. 40 del Decreto 56 de 2015)

Sección 4. Otras condiciones generales del SOAT

Artículo 2.6.1.4.4.1 ***Condiciones del SOAT.*** Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. **Pago de reclamaciones.** Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

2. **Concurrencia de vehículos.** En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

3. **Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios.** A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.

4. **Subordinación de la entrega de la póliza al pago de la prima.** La entrega de la póliza del SOAT al tomador estará condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público. La compañía de seguros deberá entregar al tomador las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

5. **Irrevocabilidad.** La póliza del SOAT no podrá ser revocada por ninguna de las partes intervinientes.

6. **Cambio de utilización de vehículo y de cilindraje.** El tomador de la póliza del SOAT deberá notificar por escrito a la compañía de seguros, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones de su cilindraje. La notificación deberá hacerse a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio, evento en el cual, la compañía de seguros y el tomador, exigirán el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

7. **Transferencia del vehículo.** La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no generará la terminación del contrato de seguro, el cual seguirá vigente hasta su expiración. No obstante, el nuevo propietario deberá informar por escrito de tal situación a la respectiva aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

8. **Régimen legal.** En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

9. **Exclusiones.** Salvo las excepciones previstas en este Capítulo, el SOAT no estará sujeto a exclusión alguna y por ende, amparará todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

(Art. 41 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.2 ***Transitorio.*** A partir del 14 de enero de 2015, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad al 10 de mayo de 2012 a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:

a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes.

b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras, quede un saldo por pagar igual o inferior a cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento a seguir y la documentación requerida para que los Prestadores de Servicios de Salud tramiten una reclamación ante el Fosyga, cuando el agotamiento de la cobertura se haya presentado en los casos previstos en el literal b) del presente artículo. Los reclamantes autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien este delegue, el descuento del valor no pagado y glosado por parte de las compañías aseguradoras, de aquellas sumas que resultaren a su favor producto de la reclamación ante el Fosyga.

Parágrafo 2. Las compañías aseguradoras deberán indicar en la certificación, las facturas presentadas por las entidades reclamantes y el monto glosado o el(los) ítem(s) objeto de glosa.

Parágrafo 3. Lo previsto en el presente artículo no constituirá una renuncia de los derechos de los prestadores de servicios de salud frente a la aseguradora responsable del reconocimiento y pago de la cobertura correspondiente.

Parágrafo 4. Lo dispuesto en el presente artículo también aplicará a aquellas reclamaciones que al 14 de enero de 2015 se encuentren en trámite en la compañía aseguradora o hayan sido objeto de glosa y la misma esté pendiente de decisión.

(Art. 42 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.3 ***Reporte de información***. Las compañías aseguradoras que expidan el seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, adicional a la información que deben suministrar en su condición de sujetos de vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, la información de pólizas expedidas y siniestros pagados, en los formatos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual modo, la Subcuenta ECAT del Fosyga, reportará a través de las entidades que designen las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, la información relacionada con las reclamaciones canceladas respecto de vehículos no asegurados.

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de salud de que trata este Capítulo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar de ello a la Entidad Promotora de Salud (EPS) y a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT.

(Art. 43 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.4 ***Destinación de los recursos del SOAT para prevención vial.*** De conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 7 de la Ley 1702 de 2013, las entidades aseguradoras girarán el tres por ciento (3%) de las primas que anualmente se recauden al Fondo Nacional de Seguridad Vial, en los términos y condiciones que para el efecto establezca el Gobierno nacional.

(Art. 44 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4.5 ***Formatos.*** Hasta tanto sean adoptados los nuevos formatos y formularios por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, se continuarán utilizando los formatos y formularios vigentes al 14 de enero de 2015.

(Art. 45 del Decreto 56 de 2015)

Capítulo 5

Cuenta de alto costo

Artículo 2.6.1.5.1 ***Cuenta de alto costo.*** Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud publica directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en una cuenta denominada "cuenta de alto costo" que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

(Art. 1 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.2 ***Administración de la cuenta de alto costo.*** La administración de la "cuenta de alto costo" se hará de manera conjunta por la totalidad de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

La "cuenta de alto costo" se podrá manejar a través de encargo fiduciario o por el mecanismo que determinen el conjunto de las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar en entidades autorizadas por la Superintendencia Financiera y deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar definirán los mecanismos de administración y auditoría, de lo cual darán cuenta al Ministerio de Salud y Protección Social. Cualquier modificación en los anteriores mecanismos deberá ser tramitada en igual forma.

(Art. 2 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.3 ***Porcentaje máximo para la operación, administración, y auditoría y uso de los rendimientos financieros.*** Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS y del Régimen Subsidiado -EPS-S y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC, a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto en ningún caso superará el dos por ciento (2%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.

En caso de que la entidad sea beneficiaria de la Cuenta, el costo neto de administración se descontará de los giros que se le hagan. En caso de que la entidad esté obligada a girar, adicionará el costo neto de administración al valor total del giro que deba realizar a la Cuenta de Alto Costo. Si la entidad no debe girar ni recibir, pagará a la Cuenta únicamente el costo neto de administración. En todos los casos, el valor que financia el costo neto de administración deberá pagarse en los

plazos estipulados para que las EPS y EOC realicen los giros a la Cuenta de Alto Costo y su incumplimiento generará las consecuencias previstas en el artículo 2.6.1.5.13 del presente decreto.

Los rendimientos financieros que se obtengan de los recursos de la Cuenta de Alto Costo, podrán destinarse a financiar los gastos de administración y auditoría dentro de los límites señalados en el presente artículo.

(Art. 6 del Decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.6.1.5.4 ***Responsabilidad de los representantes legales.*** Por tratarse del manejo de recursos públicos, los representantes legales de las diferentes Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar serán responsables del debido giro a la cuenta, del adecuado manejo de los recursos, de la oportuna y debida distribución y posterior situación de recursos a las cuentas individuales de las EPS, así como de la oportunidad y calidad de la información.

(Art. 3 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.5 ***Monto de recursos y mecanismos de distribución.*** El monto de recursos que corresponda girar a cada Entidad Promotora de Salud tanto del Régimen Contributivo -EPS, como del Régimen Subsidiado -EPS-S, y a las demás entidades obligadas a compensar, EOC, y el monto mensual que le corresponda a cada una en la distribución será el que resulte de aplicar el mecanismo de distribución que se establezca a través de resolución conjunta, expedida por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social, para cada tipo de enfermedad de alto costo y de actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con las enfermedades de alto costo que se seleccionen. Para el efecto, se podrán tener en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

a. Tasas de Prevalencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC.

b. Tasas de Incidencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC.

c. Costo de la atención de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública.

d. Población en cada EPS, EPS-S y EOC.

La periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, EPS, EPS-S y EOC, será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

Parágrafo: Las EPS o EOC a las cuales se distribuyan recursos desde la Cuenta de Alto Costo podrán determinar los montos a su favor que se girarán a terceros

con los cuales tengan una relación contractual, crediticia o bajo cualquier otro título legalmente válido que le haya servido en la financiación de obligaciones".

(Art. 4 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 1 del Decreto 3511 de 2009, parágrafo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1186 de 2010)

Artículo 2.6.1.5.6 ***Giro de recursos a la cuenta de alto costo.*** Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado -EPS-S y las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, girarán a la Cuenta de Alto Costo, el monto neto mensual de los recursos de acuerdo con los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo anterior.

En el caso de las EPS del Régimen Contributivo -EPS y de las Entidades Obligadas a Compensar - EOC, el giro se hará el siguiente día hábil de aprobado el primer proceso de compensación de cada mes.

En el caso de las EPS del Régimen Subsidiado -EPS-S, el giro se hará de los recursos recibidos en virtud del recaudo de las UPC-S, los cuales deben ser girados a la Cuenta de Alto Costo de manera anticipada y con una periodicidad bimestral, dentro de los diez (10) primeros días.

Parágrafo. En ningún caso las EPS del Régimen Subsidiado -EPS-S podrán alegar el no giro por parte de la Entidad Territorial como justificación para no girar los recursos a la Cuenta de Alto Costo, según lo dispuesto en la normativa vigente.

(Art. 5 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 2 del decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.6.1.5.7 ***Incumplimiento por parte de las entidades obligadas a girar a la cuenta de alto costo.*** En el evento en que una Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo -EPS o una Entidad Obligada a Compensar -EOC no gire los recursos a que están obligadas a la Cuenta de Alto Costo dentro del plazo señalado en el presente Capítulo, el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo informará al Ministerio de Salud y Protección Social para que el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, proceda a descontar tales valores en el segundo proceso de compensación del mismo mes, o en el siguiente proceso de compensación en caso de que no sea posible descontar la totalidad de los recursos en el segundo proceso de compensación del mismo mes. Los descuentos se aplicarán en los mencionados procesos de compensación, independientemente al periodo compensado. La EPS del Régimen Contributivo -EPS o Entidad Obligada a Compensar -EOC incumplida será reportada a la Superintendencia Nacional de Salud por el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo para que proceda según sus facultades legales.

El incumplimiento en el giro a la Cuenta de Alto Costo estará sujeto a las instrucciones y sanciones que competa imponer a la Superintendencia Nacional de Salud. La reiteración de este incumplimiento será considerada como una causal de Toma de Posesión en los términos establecidos en el literal a) del artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Si cualquiera de las EPS, EPS-S o EOC no suministra la información en la forma y dentro de los plazos señalados, le serán computados cero casos de enfermedades de alto costo. Adicionalmente la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos establecidos en el inciso anterior si el incumplimiento conlleva el no giro a la Cuenta de Alto Costo, contra la entidad incumplida de conformidad con sus facultades legales. La entidad incumplida no será exonerada de la responsabilidad por la continuidad en la atención de salud de las enfermedades de alto costo de sus afiliados ni por la realización de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo.

(Art. 6 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 3 del Decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.6.1.5.8 ***Entrega de los Recursos a las Entidades Beneficiarias de la Cuenta de Alto Costo.*** La entrega de los recursos de la Cuenta de Alto Costo se hará el último día hábil del mes respectivo a partir de la publicación de los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo 2.6.1.5.5 del presente decreto, en proporción a la disponibilidad en la Tesorería de la Cuenta de Alto Costo.

(Art. 7 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 4 del Decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.6.1.5.9 ***Requerimiento y revisión de la información.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud podrán, en cualquier tiempo, requerir información relativa al manejo de la cuenta de alto costo y efectuar las revisiones a que haya lugar.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un sistema de información para enterar a la ciudadanía sobre la incidencia, prevalencia y costos de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, preservando los lineamientos legales sobre el Hábeas Data.

(Art. 8 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.10 ***Seguimiento y evaluación de la cuenta de alto costo.*** Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público evaluarán semestralmente el funcionamiento de la cuenta de alto costo, para que el Gobierno Nacional tome las medidas que considere.

(Art. 9 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.11 ***Revisión de información.*** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá revisar la información que reportaron las Empresas Promotoras de Salud y entidades obligadas a compensar y que sirvió como base para el mecanismo de distribución, compensación o gestión y en caso de

considerarlo necesario le dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que practique las verificaciones correspondientes y tome las medidas pertinentes.

(Art. 11 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.12 ***Deducciones margen de solvencia.*** El mecanismo de transferencia de riesgo contemplado en el presente Capítulo, aplica a los mecanismos de transferencia de riesgos aceptables para reducir el monto requerido del margen de solvencia de conformidad con la normatividad vigente.

(Art. 12 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.6.1.5.13 ***Deber de colaboración.*** Para que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS y del Régimen Subsidiado - EPS-S y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC den cumplimiento a los artículos 2.6.1.5.1 a 2.6.1.5.12 del presente decreto o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, y para que se haga efectiva la administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, es obligatorio que todas las entidades obligadas suministren la información requerida, realicen los giros de que trata el presente Capítulo y suscriban los instrumentos y documentos legales necesarios para hacer efectivo el mecanismo de operación conjunta. La renuencia de las entidades obligadas a suministrar la información requerida, a efectuar los giros o a suscribir los instrumentos y documentos legales necesarios para la operación conjunta de que trata el artículo 2.6.1.5.2 del presente decreto, será objeto de las sanciones previstas en la normatividad vigente.

(Art. 5 del Decreto 3511 de 2009)

TÍTULO 2
RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Artículo 2.6.2.1 ***Objeto***. El siguiente capítulo tiene por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, correspondiente a las vigencias 2012, 2013 y 2014.

(Compilación Art. 1 del Decreto 2562 de 2014 y Art. 1 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.2.2 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones del presente capítulo están dirigidas a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y a los entes territoriales en los cuales se pretenda ejecutar los recursos.

(Compilación Art. 2 del Decreto 2562 de 2014 y Art. 2 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.2.3 ***Destinación de los recursos.*** Los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondientes al recaudo efectivo de la vigencia 2012 se destinarán así:

El cincuenta por ciento (50%) en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;

b) Servicios Amigables para Adolescentes;

c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;

d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;

e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

Parágrafo 1. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que participan en el aseguramiento en salud. Los servicios que se presten con ocasión de estos programas no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

Parágrafo 2. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el presente artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual, en los casos que corresponda se entenderán habilitadas para prestar dichos servicios.

(Art. 3 del Decreto 2562 de 2014. El numeral 1 de este artículo se encuentra suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 17 de junio de 2015, dentro del proceso 11001 0324 000 2015 00144 00)

Artículo 2.6.2.4 ***Destinación de los recursos.*** Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, las Cajas de Compensación Familiar deberán utilizar los recursos de que trata esta norma, correspondientes al recaudo efectivo de las vigencias 2013 y 2014, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 1636 de 2013, así:

El cincuenta por ciento (50%) de los recursos recaudados en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;

b) Servicios Amigables para Adolescentes;

c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;

d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;

e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

Parágrafo 1. Las entidades que decidan no operar los programas a que hace referencia el presente artículo, girarán al Fosyga - Subcuenta de Promoción de la Salud, mes vencido durante los 10 primeros días hábiles de cada mes, los recursos que se recauden después del 27 de diciembre de 2013, a fin de ser distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social entre las Cajas de Compensación Familiar que hayan manifestado su voluntad de ejecutar estos programas.

Parágrafo 2. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar que participan en el aseguramiento en salud.

Parágrafo 3. Las acciones de promoción y prevención que se realicen en desarrollo de lo dispuesto en el presente artículo, no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

Parágrafo 4. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el presente artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual en los casos en que corresponda se entenderán habilitadas para prestar los servicios a que hace referencia este artículo.

(Art. 3 del Decreto 3046 de 2013. El numeral 1 de este artículo se encuentra suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 17 de junio de 2015, dentro del proceso 11001 0324 000 2015 00144 00)

Artículo 2.6.2.5 ***Esquema de compensación de los recursos consignados al Fosyga.*** Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que no operaban el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente giraron la totalidad de los recursos recaudados junto con sus rendimientos e intereses de mora al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) -Subcuenta de Solidaridad, descontarán el 50% de los giros realizados frente a los recursos que en adelante deban consignar por concepto del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 y/o los establecidos por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, comunicará a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) los valores a compensar de acuerdo con el recaudo efectivo de los recursos y los giros realizados al Fosyga; igualmente requerirá el giro de los recursos con sus respectivos rendimientos a las CCF que no administraban el Régimen Subsidiado y que no consignaron dichos recursos.

(Art. 4 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.2.6 ***Esquema de compensación de los recursos incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados.*** Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operaron el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente les fueron incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados de dicho año los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondientes a la vigencia 2012, deberán presentar nuevamente el balance del año 2013, conforme lo establece el artículo 2.3.2.1.10 del presente decreto. Para el cálculo del balance deberán registrar en sus ingresos el 50% de los recursos recaudados en 2012 por concepto del artículo 46

de la Ley 1438. Para las CCF que presenten resultados deficitarios, el Ministerio de Salud y Protección Social compensará dichos valores frente a los recursos que deban destinar al régimen subsidiado.

(Art. 5 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.2.7 ***Término de ejecución de los Programas de Promoción y Prevención.*** Los programas que se adelanten con los recursos de las vigencias 2012, 2013 y 2014 se ejecutarán a más tardar el 31 de diciembre de 2018. Vencido este término los recursos no ejecutados serán girados a la subcuenta de solidaridad del Fosyga o a quien haga sus veces, para ser utilizados en la financiación de la unificación del plan de beneficios de los afiliados al régimen subsidiado de salud.

La ejecución se iniciará con el concepto de viabilidad que emita el dicho Ministerio y deberá coordinarse con los departamentos en los cuales se pretendan desarrollar los programas.

El cronograma deberá incluir el documento del Consejo Directivo de la Caja de Compensación Familiar (CCF) y del representante legal, con el compromiso de que los recursos se ejecutarán conforme al cronograma propuesto.

La ejecución financiera de los programas deberá realizarse de acuerdo con el cronograma viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual podrán usarse otros recursos de la Caja de Compensación Familiar que no estén comprometidos en los programas que de acuerdo con la ley se deben financiar con los recursos del subsidio familiar.

Parágrafo. Sin afectar la ejecución y financiación de los programas de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 del artículo 2.6.2.3 del presente decreto, las Cajas de Compensación Familiar que administran o administraron directamente programas de salud como aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen contributivo o subsidiado o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, podrán utilizar temporalmente el recaudo de estos recursos, en el pago de las deudas derivadas de la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En todo caso, se deberá garantizar, al finalizar el término máximo establecido en el artículo 2.6.2.5 del presente decreto, la destinación efectiva de recursos correspondiente al 50% de un cuarto (¼) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecido en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1 y 12, numeral 1, para el desarrollo de los programas conforme lo señalado en este Título.

(Art. 4 del Decreto 3046 de 2013 modificado por el artículo 6 del Decreto 2562 de 2014, conforme al artículo 9 del mismo Decreto)

Artículo 2.6.2.8 ***Cobertura de los Programas de Atención Primaria en Salud.*** Para garantizar la cobertura de los programas en las Entidades Territoriales que priorice el Ministerio de Salud y Protección Social, la ejecución de los mismos se podrá realizar a través de convenios entre las Cajas de Compensación Familiar ubicadas en el territorio en el que se pretende desarrollar los mismos. En estos

casos, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los procedimientos para la aplicación de los recursos de cada Caja que se deben destinar a los programas de atención primaria en salud, en los departamentos priorizados.

Podrá ser beneficiaria de estos programas toda la población pobre y vulnerable del territorio, de acuerdo con los criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La viabilidad y el seguimiento a la ejecución de los programas de atención primaria en salud que se financien con los recursos previstos por el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, se realizará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces.

(Compilación Art. 7 del Decreto 2562 de 2014 y Art. 5 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.2.9 ***Vigilancia y seguimiento de la ejecución de los recursos.*** Para efectos del seguimiento a la ejecución de los recursos que se destinen a financiar los programas de atención primaria en salud, las Cajas de Compensación Familiar deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, un informe de ejecución, en los términos y condiciones que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Compilación Art. 8 del Decreto 2562 de 2014 y Art. 6 del Decreto 3046 de 2013)

TÍTULO 3
FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD - FONSAET

Artículo 2.6.3.1 ***Objeto.*** El objeto del presente Título es establecer los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), así como las disposiciones relacionadas con la ordenación, asignación y giro de los recursos que lo conforman.

(Art. 1 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.2 ***Campo de aplicación.*** El presente Título está dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de administrador del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), a las entidades departamentales y distritales de salud y a las Empresas Sociales del Estado (ESE) beneficiarias de los recursos de dicho Fondo.

(Art. 2 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.3 ***Administración de los recursos del Fonsaet.*** De conformidad con lo establecido en el artículo 36 del Decreto ley 4107 de 2011, la administración del Fonsaet estará a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y podrá llevarse a cabo a través de cualquier mecanismo financiero de administración de recursos.

(Art. 3 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.4 ***Funciones de administración del Fonsaet.*** La administración del Fonsaet comporta el ejercicio de las siguientes funciones:

a. Efectuar las operaciones y actividades administrativas, financieras, contables y presupuestales que correspondan, de acuerdo con las normas legales;

b. Propender por el ingreso efectivo de los recursos al Fondo, provenientes de las diferentes fuentes de financiación previstas en la ley;

c. Establecer los mecanismos de registro, control presupuestal y contable, los métodos de proyección de ingresos y gastos;

d. Velar por la conservación y mantenimiento de los recursos del Fondo;

e. Realizar el control financiero y seguimiento presupuestal a los recursos del Fondo;

f. Suministrar la información relacionada con la administración y ejecución de los recursos del Fondo, requerida por los organismos de control y demás Autoridades;

g. Efectuar oportunamente el pago de las obligaciones del Fondo;

h. Realizar la auditoría al manejo de los recursos, cuando corresponda;

i. Las demás inherentes a la administración de los recursos del Fondo.

(Art. 4 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.5 ***Ordenación del gasto.*** La ordenación del gasto de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) estará a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, previa delegación, conforme a lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 37 del Decreto ley 4107 de 2011.

(Art. 5 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.6 ***Asignación de recursos.*** Los recursos del Fonsaet, serán asignados para los fines previstos por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, por el Ministerio de Salud y Protección Social, así:

1. A las entidades departamentales y distritales de salud para su posterior distribución entre:

– Las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero, y

– Las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (ESE), definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. A las Empresas Sociales del Estado intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previa solicitud de esta última al Misterio de Salud y Protección Social.

(Art. 6 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.7 ***Reglas para la asignación de recursos del Fonsaet.*** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los porcentajes del gasto operacional y pasivos a financiar de las Empresas Sociales del Estado, con cargo a los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), las reglas para su asignación y posterior distribución por parte de los departamentos o distritos, así como las condiciones que deberán cumplir las obligaciones a cancelar con dichos recursos.

Igualmente determinará el contenido y periodicidad de los reportes de información que deberán presentar los departamentos o distritos y las Empresas Sociales del Estado, sobre la ejecución de los recursos del Fondo, que en todo caso, deberá incluir la certificación de los representantes legales sobre la contabilización del saneamiento de pasivos con estos recursos.

(Art. 7 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.8 ***Giro de los recursos.*** El giro de los recursos se realizará de la siguiente manera:

1. En el caso de las entidades territoriales definidas en el numeral 1 del artículo 2.6.3.6 del presente decreto, el giro se realizará a las cuentas "Otros Gastos en Salud - Inversión" del departamento o distrito.

Una vez recibidos los recursos el departamento o distrito los girará a los encargos fiduciarios de administración y pagos que previamente hayan constituido: (i) las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo alto o medio que cuenten con programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público; y (ii) las que estén categorizadas en riesgo medio o alto en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (ESE), definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el

cumplimiento de los requisitos y condiciones para el giro, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los encargos fiduciarios pagarán únicamente a los beneficiarios finales, previa remisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la certificación de la Empresa Social del Estado y de la entidad departamental o distrital de salud, con los conceptos y valores que serán pagados a cada uno de ellos.

2. En el caso de las entidades definidas en el numeral 2 del artículo 2.6.3.6 del presente decreto, el giro se realizará a los encargos fiduciarios de administración y pagos que constituyan las Empresas Sociales del Estado, los cuales pagarán únicamente a los beneficiarios finales previo el cumplimiento de los requisitos específicos que para el efecto defina y verifique la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos y condiciones tanto para el giro de los recursos del Fonsaet como para la devolución de los recursos asignados, en caso de que estos no sean girados por parte de los departamentos o distritos o a través de los encargos fiduciarios a los beneficiarios finales.

(Art. 8 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.3.9 ***Seguimiento y Control.*** La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el manejo de los recursos del Fonsaet, y hará seguimiento a la ejecución y a los trámites presupuestales y contables de los recursos que se asignen a las Empresas Sociales del Estado, de que trata el numeral 2 del artículo 2.6.3.6 del presente decreto.

Por su parte los departamentos y distritos realizarán el seguimiento a la ejecución y a los trámites presupuestales y contables de los recursos que se distribuyan a las Empresas Sociales del Estado de que trata el numeral 1 del artículo 2.6.3.6 del presente decreto.

Lo anterior, sin perjuicio de las funciones que al amparo de sus competencias, deban ejercer los demás organismos de control.

(Art. 9 del Decreto 2651 de 2014)

PARTE 7
TALENTO HUMANO EN SALUD

TÍTULO 1
FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Capítulo 1
Convenios docencia servicio

Artículo 2.7.1.1.1 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** El presente capítulo tiene por objeto regular los aspectos atinentes a la relación docencia-servicio en programas académicos del área de la salud, sin importar el grado de participación o ausencia de ella en la propiedad que las instituciones educativas tengan sobre los escenarios de práctica o la naturaleza jurídica de los participantes.

La relación docencia-servicio referida a los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano, está sujeta en lo pertinente a lo dispuesto en este decreto y a la reglamentación que para el efecto expida la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

(Art. 1 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.2 ***Definiciones.*** Para los efectos del presente capítulo, se utilizarán las siguientes definiciones:

1. *Relación docencia-servicio:* Vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia-servicio.

2. *Práctica formativa en salud:* Estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión.

3. *Escenarios de práctica del área de la salud:* Son espacios en los cuales se desarrollan las prácticas formativas del área de la salud, así:

a. Espacios institucionales, que intervienen en la atención integral en salud de la población.

b. Espacios comunitarios, que intervienen en la atención integral en salud de la población.

Para efectos del presente capítulo los espacios comunitarios que se considerarán como escenarios de práctica de la relación docencia-servicio serán aquellos que correspondan a una planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertada entre las partes intervinientes.

c. Otros espacios diferentes a los del sector salud, en los cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas en programas del área de la salud, en los términos del numeral 2 del parágrafo 1 del artículo 13 de la Ley 1164 de 2007.

4. *Cupos de los escenarios de práctica:* Es el número de estudiantes que pueden desarrollar sus prácticas formativas de manera simultánea en un escenario de

práctica, asegurando la calidad en los procesos de formación de los estudiantes y en la prestación de los servicios propios del escenario.

5. *Convenio docencia-servicio:* Es el acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia-servicio, frente a las condiciones, compromisos y responsabilidades de cada una de las partes, formalizadas en un documento. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, deberá existir un documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia-servicio, el cual reemplazará el convenio.

6. *Plan de mejoramiento:* Es el conjunto de actividades e intervenciones planificadas y articuladas, dirigidas a corregir o subsanar las debilidades y deficiencias de la relación docencia-servicio, conforme a las directrices que para el efecto defina la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

(Art. 2 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.3 ***Principios de la relación docencia-servicio.*** La relación docencia-servicio se regirá por los principios estipulados en la Constitución Política, en las normas de educación y salud vigentes y por los siguientes:

a) *Preeminencia del interés social:* La formación del talento humano en salud que se da en el marco de la relación docencia-servicio, tiene un fin social que debe primar sobre otras consideraciones y servir de límite y orientación para el diseño, ejecución y evaluación de las prácticas formativas.

b) *Autorregulación:* Las instituciones que participen en la relación docencia-servicio deben prever procesos, controles y mecanismos idóneos para asegurar el cumplimiento de los objetivos, principios y normas previstas en el presente capítulo, en los convenios docencia-servicio y en las demás normas que regulan las actividades de las instituciones educativas y las instituciones donde se desarrollen las prácticas.

c) *Respeto a los derechos de los usuarios:* La relación docencia-servicio se desarrollará asegurando el respeto de los derechos de los usuarios de las instituciones y servicios involucrados en dicha relación. En especial, se debe asegurar que la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes no se afecten negativamente por el desarrollo de las prácticas formativas. Todas las actividades asistenciales realizadas por los estudiantes en formación se realizarán bajo estricta supervisión del personal docente y/o del responsable de la prestación de los servicios, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud.

d) *Calidad:* La relación docencia-servicio se desarrollará asegurando la calidad en las actividades que se realizan tanto en el ámbito académico como en el de la prestación del servicio, siguiendo los principios y normas de los Sistemas de Calidad de Salud y Educación.

e) *Planificación:* La relación docencia-servicio se construye a través de planes concertados de largo plazo, que integren los objetivos de formación, investigación, extensión y prestación de servicios, con estrategias, acciones e instrumentos que

permitan el logro de los mismos, propiciando un monitoreo continuo de los avances y resultados.

f) *Autonomía*: La relación docencia-servicio se desarrollará en el marco de la autonomía de las instituciones participantes.

Estos principios regirán las relaciones entre las partes involucradas en la relación docencia-servicio y, cuando sea del caso, guiarán la interpretación de las normas establecidas en el presente capítulo y la reglamentación complementaria.

(Art. 3 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.4 ***Objetivos de la relación docencia-servicio.*** La relación docencia-servicio buscará el cumplimiento de los siguientes objetivos:

a) Asegurar alianzas y planes de largo plazo entre instituciones educativas e instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud, instituciones de servicios, de investigación o espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población, para el desarrollo y fortalecimiento de escenarios de práctica fundados en objetivos, principios y estrategias pedagógicas compartidas.

b) Asegurar la formación de talento humano en salud competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social con la salud de la población.

c) Asegurar espacios adecuados para la docencia, la extensión, la investigación, la generación de conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población.

(Art. 4 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.5 ***Definición de políticas.*** Corresponde a los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional definir las políticas que orienten el desarrollo de la relación docencia-servicio. El Consejo Nacional de Talento Humano en Salud brindará la asesoría al Gobierno Nacional en esta materia.

(Art. 5 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.6 ***Concepto previo de la relación docencia-servicio.*** Los programas de educación superior del área de la salud requieren, para su aprobación, concepto previo favorable respecto de la relación docencia-servicio emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Este concepto involucra la evaluación de las condiciones de los escenarios donde se desarrollarán las prácticas formativas, los convenios marco de dicha relación y los planes de formación acordados entre las instituciones que conforman la relación docencia-servicio.

Parágrafo 1. La Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud será la competente para disponer sobre la vigencia del concepto de que trata el presente artículo.

Parágrafo 2. Los conceptos emitidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud sobre la relación docencia-servicio se entienden vigentes hasta tanto se realice una nueva visita de verificación según lo establezca dicha Comisión.

(Art. 6 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.7 ***Relación docencia-servicio entre instituciones acreditadas.*** Los programas académicos de educación superior que cuenten con acreditación en calidad o que pertenezcan a instituciones de educación superior acreditadas, en términos de la relación docencia-servicio, estarán sujetos al concepto y evaluación de que trata el artículo anterior, bajo las condiciones definidas para el efecto en el presente capítulo y demás normatividad aplicable.

(Art. 7 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.8 ***Participantes en la relación docencia-servicio.*** Pueden participar en la relación docencia-servicio para la formación en programas de educación del área de la salud:

a) Las instituciones de educación superior;

b) Instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano;

c) Las instituciones prestadoras de servicios de salud;

d) Instituciones aseguradoras de servicios de salud;

e) Instituciones de servicios o investigación relacionadas con las áreas de formación en salud en las cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas;

f) Instituciones u organizaciones que gestionen programas cuyas misiones sean acordes con las necesidades de formación de talento humano en salud.

(Art. 8 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.9 ***Duración de la relación docencia-servicio.*** Los convenios que formalizan la relación docencia-servicio deberán suscribirse por un término no inferior a diez (10) años. En todo caso, deberán prever mecanismos para garantizar la culminación de las prácticas formativas de los estudiantes que las hayan iniciado estando vigente la relación docencia-servicio, ante una eventual terminación de los mismos.

(Art. 9 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.10 ***Convenios docencia-servicio.*** La relación docencia-servicio tiene carácter institucional y no podrá darse sin que medie la formalización de un convenio marco que se ajuste a lo establecido en el presente capítulo. Dicho convenio deberá contener como mínimo los siguientes ítems:

a) Objeto del convenio.

b) Vigencia del convenio.

c) Deberes y responsabilidades de forma clara y precisa de las partes en las áreas académica, científica, de servicios, financiera y administrativa.

d) Instancias, mecanismos y procesos de coordinación, control y solución de diferencias.

e) Garantías para usuarios, estudiantes y docentes y responsabilidades de las partes intervinientes frente a las mismas.

f) Causales de terminación de la relación docencia-servicio.

g) Constitución de pólizas.

h) Mecanismos de supervisión, así como los criterios y procedimientos de evaluación de las obligaciones adquiridas por las partes.

i) Las formas de compensación o contraprestación que se deriven de la relación docencia-servicio, en caso de pactarse.

El convenio marco deberá estar acompañado de un anexo técnico por programa académico que deberá establecer como mínimo, el plan de formación acordado entre las instituciones que conforman la relación docencia-servicio, el número de estudiantes y docentes por programa, los planes de delegación, horarios, turnos y rotaciones.

Las obligaciones docentes y asistenciales del personal vinculado a las instituciones que participan en la relación docencia-servicio, deberán quedar establecidas en sus respectivos contratos de vinculación. El convenio establecerá las condiciones bajo las cuales el personal del escenario de práctica puede realizar actividades de docencia y aquellas en las cuales los docentes de la institución educativa pueden prestar servicios asistenciales.

Parágrafo 1. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, el documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia-servicio, deberá contemplar los ítems establecidos en el presente artículo.

Parágrafo 2. Los convenios docencia-servicio deberán articularse con las normas y reglamentos internos y académicos del escenario de práctica y de las instituciones educativas participantes, estableciendo las condiciones y procedimientos para la aplicación de los mismos en los casos relacionados con la relación docencia-servicio.

Parágrafo 3. Las actividades realizadas por los estudiantes de programas académicos de pregrado que requieran ser registradas en la historia clínica del paciente u otros registros, deberán ser consignadas por el profesional responsable y respaldadas con su firma, nombre y registro profesional.

Parágrafo 4. Los convenios docencia-servicio o prórrogas de los mismos que se suscriban con posterioridad al 1 de julio de 2010, se regirán en su totalidad por lo aquí dispuesto.

(Art. 10 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.11 ***Comités docencia-servicio.*** Por cada convenio docencia-servicio se deberá conformar un comité entre el escenario de práctica y la institución educativa, integrado por:

a) El director, gerente o el jefe del área de educación de la institución que sirve de escenario de práctica.

b) Un representante de la institución educativa.

c) Un representante de los estudiantes que estén rotando en el escenario de práctica.

Parágrafo. El comité docencia-servicio también se deberá constituir cuando exista integración de propiedad entre el escenario de práctica y la institución educativa.

(Art. 11 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.12 ***Funciones de los comités docencia-servicio.*** Los comités tendrán funciones de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades de docencia-servicio que se realicen en los escenarios de práctica respectivos, las cuales se consignarán en el convenio respectivo. Como mínimo se establecen las siguientes funciones:

a) Darse su propio reglamento.

b) Verificar y evaluar periódicamente el cumplimiento del presente capítulo así como de los convenios que rigen la relación docencia-servicio.

c) Verificar y evaluar el cumplimiento de los planes de largo plazo concertados entre las instituciones que hacen parte de la relación docencia-servicio.

d) Verificar y evaluar periódicamente que el desarrollo de la relación docencia-servicio no genere detrimento de la calidad de la atención a los usuarios del escenario de práctica.

e) Promover la responsabilidad ética, legal y el compromiso humanitario en el desarrollo de la relación docencia-servicio.

f) Analizar y resolver en primera instancia, las dificultades, diferencias y conflictos que puedan surgir en desarrollo de la relación docencia-servicio y remitir a las instancias pertinentes los casos que así lo ameriten.

g) Registrar las novedades o cambios en cada uno de los programas académicos relacionados con la relación docencia-servicio.

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

Parágrafo 1. Este Comité deberá reunirse por lo menos una vez cada trimestre, las decisiones se adoptarán por mayoría y sus actuaciones se deben registrar en actas, las cuales deberán adjuntarse al convenio marco. Los demás aspectos relacionados con su funcionamiento se reglamentarán por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Toda la documentación referente a la relación docencia-servicio debe reposar y estar disponible en forma permanente en las sedes de cada una de las instituciones participantes.

(Art. 12 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.13 ***Planes de prácticas formativas.*** La relación docencia-servicio debe contar con un plan de prácticas formativas acordado entre las partes intervinientes en el convenio docencia-servicio, que integre los objetivos educacionales y las competencias a adquirir por los estudiantes, con el desarrollo y mejoramiento en la prestación de los servicios del escenario de práctica.

Parágrafo. Los planes de prácticas formativas deben incluir un programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes de acuerdo con los avances teórico-prácticos del estudiante en cada período académico, bajo la supervisión del docente y el personal asistencial responsable del servicio. Dicho plan debe ser establecido, reglamentado y supervisado por el comité docencia-servicio.

(Art. 13 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.14 ***Número de estudiantes en los escenarios de práctica.*** Cada institución que actúa como escenario de práctica definirá su número máximo de cupos, siguiendo los criterios que para tal fin establezca la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

(Art. 14 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.15 ***Garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes.*** La relación docencia-servicio debe garantizar que los estudiantes desarrollen sus prácticas formativas en condiciones adecuadas de seguridad, protección y bienestar, conforme a las normas vigentes, para lo cual ofrecerá las siguientes garantías:

a) Los estudiantes que realicen prácticas formativas que impliquen riesgos frente a terceros, estarán cubiertos por pólizas de responsabilidad civil extracontractual, con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

b) Los estudiantes de posgrado serán afiliados a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales por el tiempo que dure su práctica. Para efectos de la afiliación y pago de aportes, se tendrá como ingreso base de cotización un salario mínimo legal mensual vigente. En todo caso, dicha afiliación no implicará un vínculo laboral, considerando que se da en el marco de una relación académica.

c) Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana.

d) Los estudiantes de programas académicos de formación en el área de la salud que requieran de residencia o entrenamiento que implique la prestación de servicios de salud por parte de ellos, tendrán derecho a alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección gratuitos, de acuerdo con las jornadas, turnos y servicios que cumplan en el marco de la práctica formativa.

e) Los estudiantes de pregrado y de educación para el trabajo y el desarrollo humano en programas de formación laboral, serán afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales durante el tiempo que dure su práctica. La afiliación y cotización se realizará sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente (1 smlmv) y en ningún caso implicará un vínculo laboral.

Parágrafo. Las garantías establecidas en el presente artículo serán responsabilidad de las instituciones que integran la relación docencia-servicio, quienes financiarán la totalidad de los gastos que impliquen las mismas. Los convenios docencia-servicio establecerán las responsabilidades de las partes en la suscripción, financiación, pago, trámite y seguimiento de dichas garantías, así como la afiliación a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales, según corresponda de acuerdo con el nivel académico.

(Art. 15 del Decreto 2376 de 2010 modificado por el artículo 7 del Decreto 55 de 2015)

Artículo 2.7.1.1.16 ***Garantías académicas a los estudiantes.*** Los estudiantes de programas de formación en salud tendrán las siguientes garantías a nivel académico:

1. Las rotaciones en los escenarios de práctica de los estudiantes, deberán obedecer a un programa de prácticas formativas previamente definido por la institución educativa.

2. Participar en actividades asistenciales necesarias para su formación bajo estricta supervisión del personal docente y/o asistencial previsto en los convenios docencia-servicio.

(Art. 16 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.17 ***Garantías a los docentes que participan en la relación docencia-servicio.*** Quienes participen como docentes en la relación docencia-servicio, tendrán derecho a:

a) Obtener de la institución educativa el reconocimiento académico respectivo, de acuerdo con sus propios requisitos y reglamentos, cuando realicen actividades docentes.

b) Obtener de la institución prestadora de servicios de salud y/o de la institución educativa el reconocimiento y remuneración correspondientes a las actividades asistenciales y docentes desarrolladas en el marco de la relación docencia servicio.

Parágrafo 1. Para el caso del personal de las instituciones de derecho público, se podrá aplicar la concurrencia de horarios conforme a lo establecido en la Ley 269 de 1996, entendiéndose que el escenario de práctica hace parte de la institución a la cual está vinculado el docente.

Parágrafo 2. Los docentes que participen en la relación docencia-servicio, seguirán las orientaciones de la institución educativa en los aspectos relacionados con planes curriculares, estrategias pedagógicas y de evaluación formativa.

Parágrafo 3. Los reconocimientos o remuneraciones de que trata el presente artículo, se harán de acuerdo con lo pactado en el respectivo convenio.

Parágrafo 4. El personal de las instituciones participantes en la relación docencia-servicio se regirá, en materia de administración de personal, por las disposiciones legales que le son propias a la entidad que los vincula.

(Art. 17 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.18 ***Requisitos para los escenarios de práctica.*** Las instituciones que quieran actuar como escenarios de práctica deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán estar habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Las demás instituciones deberán cumplir las normas vigentes para la actividad que desarrollan, incluyendo las de calidad si las hay.

b) Realizar la autoevaluación de que trata el artículo 2.7.1.1.20 del presente decreto.

c) Cumplir los criterios básicos de calidad para la evaluación y verificación de la relación docencia-servicio definidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces.

d) Reportar de manera oportuna la información requerida por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud y las entidades en ella representadas.

(Art. 18 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.19 ***Registro especial de prestadores de servicios de salud.*** Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se constituyan como escenario de práctica deberán contar con la declaración de los respectivos servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 19 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.20 ***La autoevaluación de los escenarios de práctica.*** Para que las instituciones interesadas sean reconocidas como escenarios de práctica, deberán realizar una autoevaluación que les permita determinar el cumplimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado de las prácticas formativas en el programa o programas que considere pertinentes. Así mismo, la autoevaluación le permitirá a la institución establecer el número de cupos que puede ofrecer por programa, de acuerdo con su capacidad operativa, administrativa y técnico-científica.

Entre los criterios a tener en cuenta se deben considerar al menos los siguientes:

a) Existencia de una estructura orgánica y funcional que incluya e integre las prácticas formativas en la misión de la institución.

b) Existencia de procesos formales relacionados con el desarrollo de las prácticas formativas en la institución.

c) Recurso humano idóneo vinculado formalmente a la gestión de las prácticas formativas.

d) Infraestructura física y técnico-científica adecuada para el desarrollo de las prácticas formativas.

e) Actividad operacional que la institución lleva a cabo, relacionada con el volumen de usuarios, pacientes, servicios o actividades, que sustentan la formación teórico-práctica de los estudiantes en cada programa, según el nivel de preparación y de complejidad institucional.

Parágrafo 1. La autoevaluación de que trata el presente artículo, es requisito previo para la obtención del concepto de la relación docencia-servicio establecido en el artículo 2.7.1.1.6 del presente decreto.

Parágrafo 2. La Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud reglamentará la aplicación y verificación de estos criterios.

(Art. 20 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.21 ***Procedimiento para el reconocimiento de IPS como hospitales universitarios.*** Para el reconocimiento de una IPS como Hospital Universitario se seguirá el siguiente procedimiento:

a) La institución prestadora de servicios de salud interesada, presentará ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud la solicitud con los documentos soporte.

b) La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud revisará la documentación. Si la documentación está incompleta o no cumple los requerimientos establecidos, se comunicará a la IPS dicha situación y tendrá un plazo de dos meses para completar o realizar los ajustes correspondientes. Si al término de dicho plazo la IPS no envía los documentos faltantes o no satisface los

requerimientos exigidos, esta se archivará, sin perjuicio de que la IPS pueda volver a presentar la solicitud.

c) Si la documentación está completa y satisface los requerimientos establecidos, se programará una visita de verificación por parte de la Sala de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, Conaces.

d) El informe de la visita de verificación se enviará a la Sala de Ciencias de la Salud de Conaces, quien emitirá una recomendación a la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. La Comisión se pronunciará, mediante Acuerdo, sobre el reconocimiento o no de la IPS como Hospital Universitario, decisión contra la cual procederá el recurso de reposición en los términos del Código Contencioso Administrativo.

(Art. 22 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.22 ***Visitas de verificación.*** Las visitas de verificación para el reconocimiento de Hospitales Universitarios, tendrán prioridad en la programación de visitas de la Sala de Ciencias de la Salud de Conaces.

(Art. 23 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.23 ***Vigencia del reconocimiento como "Hospital Universitario".*** El reconocimiento como Hospital Universitario tendrá una vigencia de siete (7) años, antes de los cuales deberá programarse una nueva visita de verificación por parte de la Sala de Salud de Conaces para efectos de su renovación. No obstante, se perderá dicho reconocimiento, cuando la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, previa solicitud de explicaciones, demuestre que la institución prestadora de servicios de salud incumpla alguno de los requisitos definidos en los artículos 99 y 100 de la Ley 1438 de 2011.

(Art. 24 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.24 ***Prioridad en la asignación de becas.*** En la asignación de becas crédito y demás incentivos financiados con recursos del presupuesto público para promover la formación de profesionales de la salud, se dará prioridad a los estudiantes que:

a) Se matriculen en instituciones de educación superior acreditadas o,

b) Se matriculen en instituciones de educación superior que cuenten con el respectivo programa acreditado o,

c) Se matriculen en instituciones de educación superior que tengan suscritos convenios docencia-servicio con instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas.

La asignación de estas becas se realizará prioritariamente para aquellos programas que se determinen según la disponibilidad y distribución de especialistas en el país, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 26 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.1.25 ***Obligatoriedad del reporte de información.*** Las instituciones que participan en la relación docencia-servicio deberán aportar al Ministerio de Educación Nacional copia del convenio docencia-servicio y de sus respectivas prórrogas, así como reportar la información sobre convenios docencia-servicio suscritos, número de cupos y estudiantes por cada programa y escenario de práctica, de acuerdo con los criterios, plazos y características que defina la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. La Secretaría Técnica de la Comisión será responsable de mantener actualizada dicha información en el Observatorio del Talento Humano en Salud.

(Art. 27 del Decreto 2376 de 2010)

Capítulo 2
Becas crédito

Artículo 2.7.1.2.1 ***Constitución y objetivos.*** Autorízase al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, para celebrar un convenio denominado Minprotección Social-Icetex, cuyo objeto es financiar mediante becas-crédito a profesionales de la salud durante su proceso de especialización en algunas de las diferentes áreas de la salud, a fin de estimular el perfeccionamiento del recurso humano y asegurar una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en artículo 193 de la Ley 100 de 1993. Al financiamiento del programa concurrirán el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex con los recursos apropiados en sus Presupuestos para cada vigencia.

(Art. 1 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el artículo 1 del decreto 2745 de 2003)

Artículo 2.7.1.2.2 ***Campo de aplicación.*** La financiación será otorgada a los profesionales de la salud que realicen programas de especialización en Instituciones de Educación Superior que tengan el carácter de Universidad y que durante su entrenamiento efectúen prácticas hospitalarias en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

(Art. 2 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el artículo 1 del decreto 2251 de 1995)

Artículo 2.7.1.2.3 ***Dirección y organización del programa de financiación.*** El Convenio será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Icetex.

Para efectos del desarrollo del Convenio se tendrá como base el costo mínimo de cada crédito y el número de cupos establecidos de que trata el presente título.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en concurso con el Icetex se encargarán de constatar, refrendar y aprobar los créditos que cumplan los requisitos aquí establecidos.

Para tales efectos las dos entidades conformarán un comité constituido por dos representantes del Ministerio y dos del Icetex.

(Art. 3 del Decreto 1038 de 1995)

Artículo 2.7.1.2.4 ***Políticas y criterios.*** La asignación de los créditos será hecha por el Icetex previa certificación del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los siguientes criterios:

El número de créditos será igual al número de estudiantes de especialización matriculados en las respectivas universidades de Colombia y de acuerdo con lo estipulado en el convenio Docente-Asistencial comprendidos durante el período académico de 1994. Su cuantificación estará a cargo de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social

1. El Icetex se abstendrá de otorgar créditos cuando se supere el cupo establecido en el numeral a) del presente artículo y el monto de los recursos asignados para tal efecto;

2. En ningún caso podrán financiarse estudiantes que no llenen los requisitos establecidos en el presente capítulo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Icetex, siempre y cuando se disponga de la correspondiente disponibilidad presupuestal, podrá aumentar el número de créditos a asignar, cuando lo considere necesario por razones de interés general. Para tal efecto, estas entidades deberán asegurar las apropiaciones presupuestales correspondientes.

(Art. 4 del Decreto 1038 de 1995)

Artículo 2.7.1.2.5 ***Parámetros para el otorgamiento del crédito educativo en salud.*** Para otorgar el crédito, el profesional de la salud deberá:

a) Presentar en el ICETEX, la solicitud individual de financiación;

b) Presentar certificación de la respectiva universidad en la que conste que se encuentra matriculado como estudiante de especialización;

c) Presentar certificación de la respectiva institución prestadora de servicios en la que conste que ha sido aceptado para realizar sus prácticas de especialización.

Parágrafo 1. Para la financiación del crédito autorizado, se requiere encontrarse al día en los pagos con el ICETEX, si el solicitante ha sido beneficiario de esta entidad; por otra parte se podrá acceder al crédito, únicamente para una sola especialización. Lo anterior sin perjuicio de los créditos educativos otorgados para matrícula.

Parágrafo 2. No podrán ser beneficiarios de la financiación quienes gocen de comisión de estudios, beca u otra forma de financiación por terceros para los estudios de postgrado.

(Art. 5 del Decreto 1038 de 1995; parágrafo 1 modificado por el artículo 2 del decreto 2251 de 1995)

Artículo 2.7.1.2.6 ***Valor del crédito y forma de pago.*** La financiación a que se refiere el presente capítulo equivaldrá al monto de dos salarios mínimos mensuales vigentes, reconocidos mensualmente y se harán efectivos al término de cada trimestre, mientras dure el programa de especialización.

Parágrafo. De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, el estudiante de especialización tendrá acceso a la seguridad social, de acuerdo con lo que se convenga en el Convenio Docente Asistencial.

(Art. 6 del Decreto 1038 de 1995)

Artículo 2.7.1.2.7 ***De las condiciones para el mantenimiento del crédito.*** El crédito será asignado por un período académico y será renovado por el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, para cada uno de los períodos de que conste la especialización respectiva.

El Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, renovará los créditos de los beneficiarios cuando cumplan con los siguientes requisitos:

i. Admisión al siguiente período académico.

ii. Un promedio de calificaciones no inferior al 75% del valor de la nota máxima establecida, y

iii. Certificaciones de residencias o entrenamiento durante todo el período anterior financiado.

(Art. 7 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el artículo 2 del decreto 2745 de 2003)

Artículo 2.7.1.2.8 ***Criterios de condonación del crédito.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, a través del Comité de que trata el artículo 2.7.1.2.3 del presente decreto, autorizará la condonación de créditos a los estudiantes cuando cumplan uno de los siguientes requisitos:

a. Cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cabo en áreas que a juicio del Ministerio de Salud y Protección Social sean prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b. Cuando el estudiante de posgrado realice una contraprestación de servicios en regiones con baja disponibilidad del recurso humano, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud y Protección Social;

c. Cuando el estudiante de especialización beneficiario de la beca-crédito haya acreditado, durante cada período financiado, los requisitos establecidos en el artículo 2.7.1.2.7 del presente decreto, en las áreas prioritarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 8 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el artículo 3 del decreto 2745 de 2003)

TÍTULO 2
EJERCICIO Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Capítulo 1
Disposiciones Generales para el ejercicio y desempeño del THS

Artículo 2.7.2.1.1 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** El presente Capítulo establece las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en los colegios profesionales del área de la salud, en relación con la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, la expedición de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud y el otorgamiento de los permisos transitorios para el ejercicio profesional de personal de salud extranjero.

(Art. 1 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Capítulo y de conformidad con la Ley 1164 de 2007, adóptense las siguientes definiciones:

1. *Colegios profesionales del área de la salud.* Son organizaciones sin ánimo de lucro, originadas en el ejercicio del derecho a la libre asociación de profesionales del área de la salud que se congregan bajo una estructura democrática con la finalidad de promover la utilidad y el significado social de una profesión del área de la salud.

2. *Profesiones del área de la salud.* Son aquellas acreditadas a través de título profesional otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Estado, con un perfil orientado a hacer parte integral de la atención de la salud, en los procesos de promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, a través de actos caracterizados por la autonomía del profesional y su relación con el usuario.

3. *Ocupaciones del área de la salud.* Son aquellas acreditadas a través de una certificación de aptitud ocupacional, expedida por una Institución de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano reconocida por el Estado, con un perfil orientado a la realización de actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud, con base en competencias laborales específicas.

4. *Registro Único Nacional de Talento Humano (RETHUS).* Es la inscripción del talento humano en salud en el sistema de información definido para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social. En adelante se hará referencia a este registro a través de la sigla RETHUS.

5. *Sistema de información del registro único nacional de talento humano.* Conjunto de organismos, normas, procesos, procedimientos y aplicativos articulados para permitir la recepción, validación, registro, conservación, reporte y publicación de la información del talento humano autorizado para ejercer profesiones u ocupaciones de la salud en Colombia.

(Art. 2 del Decreto 4192 de 2010)

Sección 1. Delegación de funciones públicas en los colegios profesionales

Artículo 2.7.2.1.1.1 ***Requisitos para la delegación de funciones públicas en los colegios profesionales.*** El Ministro de Salud y Protección Social delegará las funciones públicas de que trata el artículo 10 de la Ley 1164 de 2007, en un único colegio por cada profesión del área de la salud previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 9 de la misma ley, cuya forma de cumplimiento se explica a continuación:

1. Carácter nacional. El Colegio debe demostrar que tiene carácter nacional con base en lo dispuesto en sus estatutos.

2. Mayor número de afiliados activos en la respectiva profesión. Se entenderá como afiliados activos aquellos con pleno ejercicio y goce de derechos como asociados, certificados por el Representante Legal y el Revisor Fiscal de cada colegio profesional, de conformidad con sus estatutos.

3. Estructura interna y funcionamiento democrático. Los estatutos y actas de asamblea del Colegio deben demostrar mecanismos de participación democrática para:

a. Elección de su cuerpo directivo y órganos de vigilancia,

b. Adopción de sus estatutos,

c. Derecho a elegir y a ser elegido.

4. Soporte científico, técnico y administrativo. El colegio deberá contar con:

a. Planes, programas y proyectos que propendan por el desarrollo profesional, científico e investigativo en la respectiva disciplina.

b. Personal profesional, técnico y operativo.

c. Recursos técnicos, tecnológicos y financieros; procesos y procedimientos, que desarrollen y apoyen el manejo de información, comunicación y mantenimiento necesarios para asumir las funciones públicas delegadas.

d. Estructura orgánica que contenga las áreas de dirección, administración, operación y vigilancia. El colegio deberá presentar un esquema de financiación que garantice su sostenibilidad, diferenciando las fuentes y destinación de los mismos.

e. Revisoría Fiscal.

f. El Colegio debe demostrar un funcionamiento no inferior a seis (6) meses, contados a partir de la fecha de su constitución.

Parágrafo. Para el cumplimiento del requisito del literal c) del numeral 4 del presente artículo, los Colegios Profesionales podrán asociarse o suscribir convenios entre ellos o con otras organizaciones de profesionales de la salud. El propósito, responsabilidades y plazo del convenio o asociación deberán estar definidos en documento formal suscrito por las partes que garantice la no interrupción del mismo, para lo cual su no renovación debe anunciarse con tres meses de anticipación a su vencimiento.

(Art. 3 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.1.2 ***Delegación de funciones.*** El Ministerio de Salud y Protección Social delegará las funciones públicas en el colegio profesional que sea seleccionado mediante convocatoria pública por un término de cinco (5) años. El acto administrativo de delegación expresará como mínimo:

1. Las funciones públicas delegadas.

2. Los deberes, obligaciones y responsabilidades del Colegio Profesional y sus representantes.

3. Los mecanismos de impugnación de las decisiones.

4. Se estipulará claramente que al término de la delegación, los derechos sobre la propiedad intelectual de las bases de datos y archivos documentales que soportan el cumplimiento de las funciones públicas delegadas, se entregarán al Ministerio de Salud y Protección Social sin que haya lugar a reconocimiento o indemnización alguna.

Parágrafo. Cuando surtida la convocatoria ningún colegio cumpla las condiciones para la delegación de las funciones públicas de una profesión, el Ministerio de Salud y Protección Social las podrá delegar en otro colegio que esté cumpliendo funciones públicas delegadas de una disciplina afín y manifieste su interés en asumir nueva delegación.

(Art. 4 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.1.3 ***Deberes de los colegios profesionales con funciones públicas delegadas.*** Para el cumplimiento de las funciones públicas delegadas, los Colegios deberán:

1. Ordenar, organizar y poner en ejecución los literales a, b, c del artículo 10 de la Ley 1164 de 2007, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente decreto y los parámetros que fije el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Gerenciar la información asociada al cumplimiento de las funciones delegadas, siguiendo los lineamientos y especificaciones técnicas que fije el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Garantizar la integridad, seguridad y uso debido de la información que se genera en cumplimiento de las funciones delegadas.

4. Crear y mantener el archivo con la documentación del talento humano en salud inscrito en el RETHUS.

5. Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información requerida, en los términos y con las características que se definan para tal fin.

6. Poner en conocimiento de las autoridades competentes la presunta falsedad de documentos soporte y otras irregularidades que detecten en cumplimiento de las funciones delegadas.

7. Cumplir las demás actividades propias del ejercicio de las funciones públicas delegadas y aquellas contenidas en el acto administrativo de delegación.

(Art. 5 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.1.4 ***Inspección, vigilancia y control de funciones delegadas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará la inspección, vigilancia y control de las funciones delegadas a los colegios profesionales, sin perjuicio de los mecanismos de autorregulación y control que establezca cada Colegio.

El Ministerio de Salud y Protección Social, previa solicitud de explicaciones, revocará el acto administrativo de delegación cuando se evidencie que el colegio incumple deberes, obligaciones o responsabilidades en desarrollo de las funciones delegadas. En el mismo acto de revocatoria podrá delegar las funciones públicas en otro colegio profesional, hasta tanto se seleccione uno por convocatoria pública.

(Art. 6 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.1.5 ***Causales de pérdida de la delegación de funciones.*** El Ministerio de Salud y Protección Social reasumirá las funciones delegadas en los términos del artículo 11 de la Ley 1164 de 2007, si se presenta alguna de las siguientes causales:

1. La disolución del colegio delegatario o la pérdida de su personería jurídica.

2. El incumplimiento de los requisitos establecidos en los numerales 1, 3 y 4 del artículo 2.7.2.1.1.1 del presente decreto.

3. Incumplimiento de las obligaciones que le corresponde asumir al colegio como delegatario de funciones públicas.

4. Fallas o inconsistencias relacionadas con la calidad, oportunidad, confidencialidad e integridad de la información.

5. Inscribir profesionales en el Rethus o expedir tarjetas de identificación única sin el cumplimiento de los requisitos.

6. Las demás que contravengan el ejercicio de las funciones delegadas.

(Art. 7 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.1.6 ***Responsabilidad.*** Los representantes legales, los miembros de las juntas directivas, de los órganos de vigilancia y de las instancias decisorias de los colegios delegatarios de funciones públicas, serán responsables respecto al cumplimiento de dichas funciones, de los deberes y obligaciones dispuestos en el presente decreto y demás normas aplicables.

Igualmente estarán sujetos a los regímenes de inhabilidades e incompatibilidades consagradas en el Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 y aquellas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales a que haya lugar.

(Art. 8 del Decreto 4192 de 2010)

Sección 2. Registro Único Nacional y Tarjeta de Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud

Artículo 2.7.2.1.2.1 ***Inscripción en el Rethus.*** El cumplimiento de requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud, de quienes obtengan título o certificado, se reconocerá a través de la inscripción individual del talento humano en el Rethus.

Parágrafo Transitorio. Hasta tanto el colegio profesional correspondiente asuma la función de inscribir a quienes ejerzan profesiones u ocupaciones del área de la salud en el Rethus, serán las Direcciones Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, quienes expedirán el acto administrativo mediante el cual se autoriza el ejercicio en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta los requisitos establecidos por la Ley y el presente decreto, y realizarán la inscripción en el Rethus.

(Art. 9 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.2 ***Profesiones y ocupaciones sujetas a la inscripción en el Rethus.*** Se inscribirán en el Rethus los técnicos profesionales, tecnólogos y profesionales, así como quienes ejerzan ocupaciones del área de la salud de conformidad con las normas vigentes.

Para los profesionales del área de la salud la inscripción se realizará en el colegio profesional delegatario de las funciones. En el caso de las ocupaciones, la inscripción se realizará en el colegio delegatario de una profesión afín a su ocupación, que asuma dicha función.

(Art. 10 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.3 ***Inscripción automática en el Rethus.*** Quienes conforme a las normas vigentes hayan obtenido autorización para el ejercicio de su profesión u ocupación, antes de la fecha en la cual el Colegio Profesional correspondiente asuma las funciones de registro y expedición de la tarjeta única del talento humano en salud, serán inscritos en forma automática en el Rethus.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para dar cumplimiento a esta disposición. Las Direcciones Territoriales de Salud, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, gremios y profesionales del área de la salud aportarán la información actualizada requerida para este propósito.

(Art. 11 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.4 ***Reporte de novedades en el Rethus.*** Para efectos de actualización del Rethus y de la Tarjeta de Identificación Única, quienes ejerzan profesiones u ocupaciones del área de la salud deberán informar al Colegio Profesional las siguientes novedades:

1. Cuando se modifique alguno de los datos obligatorios que conforman el Rethus.

2. Cuando el inscrito requiera ejercer una profesión u ocupación adicional o diferente a la previamente inscrita.

3. Cuando el inscrito requiera ejercer una especialidad o especialización.

Si las novedades reportadas cambian los datos consignados en la Tarjeta de Identificación Única se deberá expedir una nueva, para lo cual el interesado pagará la cuarta parte de la suma establecida en el artículo 2.7.2.1.2.7 del presente decreto.

(Art. 12 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.5 ***Procedimiento para la inscripción en el Rethus y expedición de la tarjeta profesional.*** Se deberán seguir los siguientes procedimientos:

a. *Presentación del formulario diligenciado.* El interesado diligenciará y presentará el formulario de solicitud de inscripción en el Rethus ante el colegio profesional correspondiente, con los siguientes documentos:

Copia del documento de identificación.

Copia del diploma expedido por una Institución de Educación Superior o resolución de convalidación del título expedida por el Ministerio de Educación Nacional. Para

el caso de las ocupaciones, Certificado de Aptitud Ocupacional emitido por una Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano.

Comprobante físico o reporte electrónico de la entidad financiera del pago del valor de la expedición de la tarjeta de identificación única.

Fotografía reciente de frente en fondo blanco, tamaño 3x4.

Constancia de prestación del Servicio Social Obligatorio o de su exoneración, cuando la ley así lo exija.

El diligenciamiento y envío del formulario y de los documentos soporte se hará preferiblemente por medios electrónicos cuando ello sea posible.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación de los colegios profesionales definirá la información y características del formulario de inscripción y novedades.

b. *Validación de la Información. El colegio profesional verificará la veracidad,* integridad y autenticidad de la información y los documentos suministrados por el solicitante dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la radicación, término en el cual se deberá informar al solicitante sobre inconsistencias detectadas en la información o requisitos no demostrados con los documentos soporte.

El solicitante tendrá un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir del envío de la comunicación, para hacer las correcciones o aclaraciones a que haya lugar.

Si vencido este término el colegio profesional no recibe respuesta por parte del solicitante se entenderá que desistió de la misma y la archivará, sin perjuicio de que pueda iniciar un nuevo trámite.

Si con la nueva información aportada por el solicitante dentro del término, no se logran subsanar las inconsistencias, el colegio delegatario negará el registro, decisión que se notificará al solicitante en la forma indicada en los artículos 66 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, o las normas que lo sustituyan, adicionen o modifiquen. Contra esta decisión procederá el recurso de reposición ante el mismo Colegio Profesional y subsidiariamente el de apelación, ante el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación.

c. *Inscripción.* Efectuada la validación, quien cumpla con los requisitos será inscrito en el sistema de información del Rethus el día hábil siguiente a la culminación del plazo de la validación.

d. *Expedición y entrega de la tarjeta.* El colegio expedirá y entregará la Tarjeta de Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud al solicitante, en un plazo no mayor a los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la inscripción en el Rethus, la cual podrá reclamarse personalmente o por poder, o enviarse por correo certificado, en este último caso a solicitud expresa del interesado y previo pago de los costos de envío por parte del mismo.

Parágrafo. Si se detecta falsedad en la información o los documentos soporte de la solicitud de inscripción, el colegio delegatario deberá poner en conocimiento tal situación a las autoridades competentes.

(Art. 13 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.6 *Información y características de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en salud.* La tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud acreditará el cumplimiento de los requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud y contendrá la siguiente información:

Nombres y apellidos completos del profesional o auxiliar del área de la salud.

Tipo y número de documento de identidad, que será el número de la tarjeta.

Título u ocupación del área de la salud.

Título de la especialidad o especialización, cuando se aporten los documentos que lo acrediten.

Fotografía del titular.

Nombre de Institución que otorgó el diploma o el certificado de aptitud ocupacional.

Espacio para la firma del titular de la tarjeta.

Nombre del colegio profesional que la otorga.

Fecha de inscripción en el Rethus.

Parágrafo. Las características físicas y de seguridad de la tarjeta serán establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 14 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.7 *Valor de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud.* El valor de la expedición de la tarjeta de identificación única establecido en el artículo 24 de la Ley 1164 de 2007 deberá ser consignado en las cuentas bancarias que los colegios dispongan para tal fin.

Parágrafo 1. En caso de pérdida de la Tarjeta, el interesado podrá solicitar un duplicado presentando la respectiva denuncia y comprobante de pago por una suma equivalente a la cuarta parte del valor indicado en este artículo.

Parágrafo 2. El colegio profesional no podrá exigir pagos adicionales al establecido en el presente decreto para la expedición de la Tarjeta de Identificación Única, ni para el trámite de inscripción en el Rethus.

(Art. 15 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.8 ***Especificaciones técnicas del registro único nacional del talento humano en salud.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las especificaciones técnicas y procedimientos para la inscripción, conservación, mantenimiento, actualización y reporte de la información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud

(Art. 16 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.9 ***Flujo de la información.*** Al cierre de cada día hábil los colegios profesionales deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social la actualización del Rethus con las modificaciones que se hayan generado durante la jornada.

Si la información reportada no corresponde a las especificaciones técnicas definidas o presenta problemas de calidad o integridad, el Ministerio de Salud y Protección Social generará un reporte de inconsistencias que será enviado al colegio profesional para su corrección. El colegio profesional contará con tres (3) días hábiles para realizar los ajustes requeridos y corregir las inconsistencias presentadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de validación de la calidad e integridad de la información reportada por los colegios profesionales.

(Art. 17 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.10 ***Derechos de petición y consultas.*** Los colegios profesionales resolverán los derechos de petición y consultas relacionadas con las funciones públicas delegadas y su cumplimiento, para lo cual deberán disponer de un mecanismo que permita a la ciudadanía formular consultas a través de medios físicos y electrónicos de fácil acceso.

(Art. 18 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.11 ***Reserva de la información.*** Quienes intervengan en el manejo de la información del Rethus garantizarán el respeto al derecho a la intimidad y al hábeas data de sus titulares, estableciendo mecanismos que eviten su difusión indebida o no autorizada y protejan aquella sometida a reserva en los casos de ley. Se prohíbe el uso de la información del Rethus con fines comerciales, de lucro o para el favorecimiento de intereses particulares.

(Art. 19 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.2.12 ***Deber de entrega de información para el funcionamiento del Rethus.*** Las entidades públicas y organizaciones privadas que tengan información necesaria para el desarrollo e implementación del Rethus, deberán ponerla a disposición de los colegios delegatarios y del Ministerio de Salud y Protección Social según las especificaciones que esta entidad determine. En especial, se deberá garantizar la disponibilidad oportuna de la siguiente información actualizada:

1. Egresados de los programas de formación en el área de la salud por parte de las Instituciones de Educación Superior y de las Instituciones de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano. En lo posible, esta información se canalizará a través del Ministerio de Educación Nacional.

2. Los fallos sobre sanciones éticas y disciplinarias de los profesionales, especificando nombre, documento de identidad y tipo de fallo o sanción por parte de los Tribunales de Ética, Comités de Ética y los Tribunales Disciplinarios de las profesiones en salud.

3. Bases de datos del registro del talento humano en salud, por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

(Art. 20 del Decreto 4192 de 2010)

Sección 3. Permisos transitorios a personal extranjero en salud

Artículo 2.7.2.1.3.1 ***Permiso transitorio para el ejercicio de personal de salud extranjero.*** Los Colegios Profesionales con funciones públicas delegadas otorgarán permisos transitorios para el ejercicio profesional del personal extranjero de la salud en misiones científicas o para la prestación de servicios de salud de carácter humanitario, social o investigativo, por el término que dure la misión, la cual no debe superar los seis (6) meses.

En casos excepcionales revisados por el Ministerio de Salud y Protección Social el permiso podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente otorgado, de acuerdo con el programa a desarrollar.

El trámite del permiso transitorio del personal de salud extranjero no tendrá ningún costo para el solicitante.

Parágrafo. Solo se autorizarán permisos transitorios a profesionales que estén autorizados para ejercer su profesión en el país de origen o donde obtuvo el título. En ningún caso se autorizarán estos permisos para realizar prácticas de estudiantes o profesionales en proceso de formación o para actividades de carácter comercial o con ánimo de lucro.

(Art. 21 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.3.2 ***Requisitos y procedimiento para otorgar permiso de ingreso a personal de salud extranjero.*** La solicitud del permiso transitorio para el ejercicio de personal extranjero en salud será presentada ante el colegio delegatario correspondiente a cada profesión o, en ausencia de este, ante el Ministerio de Salud y Protección Social, por el organismo o institución que asuma la responsabilidad de las actividades realizadas por dicho personal, en la que se indique:

1. Objeto, población a atender y fechas de inicio y finalización de la misión.

2. Nombre, identificación y perfil de los profesionales de la salud que harán parte de la misión, anexando copia de pasaporte y autorización del ejercicio vigente del respectivo país.

3. Actividades que realizarán los profesionales extranjeros.

4. Declaración, que se entiende bajo juramento, del uso de medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos debidamente autorizados por autoridades colombianas correspondientes.

En caso de que se trate de actividades o intervenciones que requieran realizarse en o con el apoyo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se deberá indicar el nombre de la misma y anexar carta en la cual su representante legal asuma dicho compromiso y el de atender las eventuales consecuencias en la salud de los pacientes atendidos en el desarrollo de la misión.

La solicitud, con la documentación completa, se deberá presentar con un plazo mínimo de veinte (20) días hábiles de anticipación al inicio de la misión, de lo contrario podrá ser devuelta sin el respectivo trámite.

Una vez se reciba la documentación completa en el término señalado en el inciso anterior, la solicitud se decidirá mediante resolución dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su radicación, a través de la cual se ordenará comunicar a la Dirección Territorial de Salud respectiva, para efectos de las actividades de vigilancia y control.

Parágrafo. En caso de que el colegio delegatario niegue el permiso, procederá recurso de apelación, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la negativa, ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 22 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.3.3 *Seguro colectivo de responsabilidad civil.* Una vez se otorgue el permiso transitorio, el organismo o institución solicitante deberá tomar un seguro colectivo de responsabilidad civil en cuantía no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por el tiempo que dure la misión y 12 meses más, con una compañía de seguros vigilada por la Superintendencia Financiera, con el fin de cubrir posibles indemnizaciones a pacientes o terceros, por eventuales perjuicios derivados de las actividades realizadas por los profesionales extranjeros autorizados para ejercer en el país.

(Art. 23 del Decreto 4192 de 2010)

Capítulo 2
Ética en las profesiones de salud

Sección 1. Ética del médico

Sub-sección 1. Disposiciones generales

Artículo 2.7.2.2.1.1.1 ***Juramento médico.*** Las autoridades académicas o sus delegados que confieran los títulos de médicos, tomarán el juramento médico.

(Art. 1 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.2 ***Derecho a la libre elección del médico.*** En el trabajo institucional el derecho de libre elección del médico por parte del paciente estará sujeto a las posibilidades ofrecidas por cada institución.

(Art. 2 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.3 ***Responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia.*** Para señalar la responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia, entiéndase por esta, todo tipo de afección que ponga en peligro la vida o integridad de la persona y que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen médico.

(Art. 3 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.4 ***Excusa o interrupción de atención médica.*** Con excepción de los casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios por las siguientes causas:

a) Si se comprueba que el caso no corresponde a su especialidad, previo examen general;

b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya sin su previo consentimiento;

c) Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas, entendiéndose por estas, no solo la formulación de tratamientos sino también los exámenes, juntas médicas, interconsultas y otras indicaciones generales que por su no realización afecten la salud del paciente;

(Art. 4 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.5 ***Prescindencia de servicios del médico por parte del paciente.*** El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios, siempre y cuando el paciente tenga capacidad de manifestar su libre albedrío.

(Art. 5 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.6 ***Consultorio.*** Entiéndase por consultorio, el sitio donde se puede atender privadamente al paciente y cuyo objetivo sea la consulta o tratamiento ambulatorio.

(Art. 6 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.7 ***Exámenes innecesarios o tratamientos injustificados.*** Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

a) Los prescritos sin un previo examen general;
b) Los que no correspondan a la situación clínico-patológica del paciente;

(Art. 7 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.8 ***Instituciones científicas reconocidas.*** Para los efectos del artículo 12 de la Ley 23 de 1981, las instituciones científicas legalmente reconocidas comprenden:

a) Las facultades de medicina legalmente reconocidas;
b) Las academias y asociaciones médico-científicas reconocidas por la Ley o el Ministerio de Salud y Protección Social;
c) La Academia Nacional de Medicina;
d) Las instituciones oficiales que cumplan funciones de investigación médica y de vigilancia y control en materia médico-científica.

(Art. 8 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.9 ***Riesgo injustificado.*** Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

(Art. 9 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.10 ***Advertencia del Riesgo previsto.*** El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro de la práctica médica, pueda llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

(Art. 10 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.11 ***Causales de exoneración de advertencia del riesgo previsto.*** El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;
b) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico;

(Art. 11 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.12 ***Constancia en la historia clínica.*** El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

(Art. 12 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.13 ***Efectos adversos de carácter imprevisible.*** Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.

(Art. 13 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.14 ***De la obligatoriedad de comunicar la gravedad del paciente.*** Entiéndase que la obligación a que se refiere el artículo 18 de la Ley 23 de 1981, con relación a los familiares o allegados debe cumplirse solo cuando éstos se encuentren presentes.

(Art. 14 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.15 ***Responsables del Enfermo.*** Para efectos del artículo 19 de la Ley 23 de 1981, son responsables del enfermo, las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros médicos.

(Art. 16 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.16 ***Frecuencia de las vistas.*** La frecuencia de las vistas médicas y de las juntas médicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquel.

(Art. 17 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.17 ***Junta médica.*** Entiéndase por junta médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

(Art. 15 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.18 ***Honorarios en juntas médicas***. En las juntas médicas los honorarios serán iguales para todos los participantes teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente, y previo acuerdo con éste o sus responsables.

(Art. 18 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.19 ***Familiares.*** Para los efectos del artículo 26 de la Ley 23 de 1981, son familiares del médico:

El cónyuge, y los parientes dentro del cuarto grado civil de consanguinidad, segundo grado de afinidad y primero civil.

(Art. 19 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.20 ***Disentimiento ético.*** Si el disentimiento profesional entre médicos tiene contenido ético, la competencia para dirimirlo será de los Tribunales de Ética Médica.

(Art. 22 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.21 ***Acceso a la historia clínica por auxiliares.*** El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de esta.

(Art. 23 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.22 ***Responsabilidad del médico por el acceso de sus auxiliares.*** El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan.

(Art. 24 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.23 ***De los beneficios que no se consideran comerciales.*** Para efectos del artículo 40 de la Ley 23 de 1981, no son beneficios comerciales los provenientes de relación derivada de la vinculación legal de carácter patrimonial que el médico tenga con las organizaciones o instituciones allí señaladas.

(Art. 25 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.24 ***Prohibición de percepción de honorarios.*** El médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atiende en esas instituciones y cuya asistencia está a cargo de las mismas.

(Art. 26 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.1.25 ***Historia Clínica como material de consulta.*** Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional, de la propiedad intelectual y de conformidad con la Ley y de conformidad con la Ley 1581 de 2012.

(Art. 30 del Decreto 3380 de 1981)

Sub-sección 2. Tribunal Nacional de Ética Médica y del proceso ético médico disciplinario

Artículo 2.7.2.2.1.2.1 ***Postulación de candidatos al Tribunal.*** Durante los dos (2) meses anteriores a la iniciación de un período del Tribunal Nacional de Ética Médica, las entidades competentes, enviarán las listas de candidatos al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 31 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.2 ***Representantes de las facultades.*** Los tres representantes de las facultades de medicina legalmente aprobadas, serán propuestos por estas a través de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME.

(Art. 32 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.3 ***Prolongación de período de los miembros de los tribunales.*** Los miembros de los Tribunales de Ética Médica ejercerán sus funciones mientras no sean reemplazados.

(Art. 33 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.4 ***Competencia residual del Tribunal Nacional.*** Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética Médica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional.

(Art. 35 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.5 ***Disponibilidad presupuestal como condición para la creación de nuevos tribunales secciones.*** Los Tribunales Seccionales de Ética-Médica que a la fecha de expedición de este Decreto Único no se hayan creado dependerán de que la entidad territorial obtenga la apropiación presupuestal correspondiente.

(Art. 36 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.6 ***Provisión de vacancias definitivas de los tribunales.*** Cuando en el Tribunal Nacional o Tribunales Seccionales se produzca vacancia de uno o varios de sus cargos, éstos serán provistos para el período restante por uno de los profesionales que figuraban en la lista inicial, o por profesionales escogidos de nuevas listas, a discreción de la persona o entidad que deba hacer el nombramiento o elección.

(Art. 37 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.7 ***De las pruebas de oficio.*** Durante la instrucción del proceso, el profesional instructor practicará todas las pruebas diligencias que considere necesarias para la investigación.

Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se hará bajo la gravedad del juramento en la forma establecida por el Código de Procedimiento Penal.

(Art. 38 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.8 ***Asesoría jurídica.*** Para asesorar al funcionario instructor el Tribunal procederá a seleccionar abogados asesores, quienes serán escogidos por sorteo de lista que elaborará anualmente.

(Art. 39 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.9 ***Petición de pruebas.*** El inculpado podrá solicitar al instructor las pruebas que considere convenientes, las que se practicarán siempre y cuando sean conducentes dentro de la investigación.

(Art. 40 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.10 ***Notificación de cargos.*** El escrito en el cual se le hacen saber los cargos al inculpado, deberá notificársele en la forma establecida en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

(Art. 41 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.11 ***Formación de expedientes.*** Las actuaciones dentro del proceso disciplinario Ético Profesional deberán constar por escrito.

(Art. 42 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.12 ***Votación de las decisiones.*** Las decisiones de los Tribunales de Ética Médica se adoptarán por mayoría absoluta de votos de los profesionales miembros y serán firmados por todos ellos, pero quien no esté de acuerdo con la decisión tomada podrá salvar su voto y así lo hará constar.

(Art. 43 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.13 ***Quorum* Deliberativo.** Para poder sesionar los Tribunales de Ética Médica se requiere la asistencia de la mayoría absoluta de los integrantes.

(Art. 44 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.14 ***Faltas temporales.*** En caso fortuito o fuerza mayor, si uno de los integrantes no pudiere asistir a las sesiones de los Tribunales, éste será reemplazado por otro profesional que hubiere hecho parte de la lista de aspirantes a interrogarlo y que no fuera escogido; o en su defecto solicitará a la Federación Médico Colombiana, a la Academia Nacional de Medicina y a las facultades de medicina el envío de una nueva lista.

(Art. 45 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.15 ***Notificación de la decisión.*** La notificación del pronunciamiento de fondo se hará personalmente al profesional acusado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de cada una de estas decisiones.

(Art. 46 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.16 ***Aplicación residual del Código de Procedimiento Penal.*** En lo no previsto en la Ley 23 de 1981 y su reglamento se aplicará las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

(Art. 47 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.17 ***Amonestación privada.*** La amonestación privada consiste en la reprensión privada y verbal que se le hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 48 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.18 ***Censura.*** Se entiende por censura la reprobación que se hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 49 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.19 ***Censura escita y privada***. La censura escrita pero privada se hará mediante la entrega por parte del Tribunal de una capia de la decisión del mismo al infractor sancionado.

(Art. 50 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.20 ***Censura escrita y pública*** La censura escrita y pública se aplicará mediante la lectura de la decisión en sala plena del Tribunal y será fijada en lugar visible de los tribunales por diez (10) días hábiles.

(Art. 51 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.21 ***Censura verbal y pública***. La censura verbal y pública será dada a conocer al infractor, mediante la lectura de la decisión ante el Colegio Médico correspondiente y la fijación de la misma, en lugar visible de la sede de los Tribunales por diez (10) días hábiles.

(Art. 52 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.22 ***Publicidad de las decisiones.*** Toda decisión del Tribunal Nacional y de los Tribunales Seccionales constará en el informativo.

La decisión que conlleve a imponer como sanción la censura, o la suspensión, será transcrita al profesional sancionado, a los Tribunales Nacional y Seccionales y si es de carácter público será además fijada en lugares visibles de las sedes de los Tribunales, Ministerio de Salud y Protección Social y de la Federación Médica Colombiana.

(Art. 53 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.23 ***Graduación de la sanción.*** La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta.

(Art. 54 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.24 ***Efectos de la Reincidencia.*** La reincidencia del profesional en la comisión de la falta dará lugar por lo menos a la aplicación de la sanción inmediata superior.

(Art. 55 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.25 ***Definición de la reincidencia.*** Para los efectos del artículo anterior, entiéndase como reincidencia la comisión de la misma falta, en dos o más ocasiones, durante un período no mayor de un (1) año.

(Art. 56 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.26 ***Remisión normativa sobre impedimentos y recusaciones.*** Son aplicables al proceso disciplinario Ético Profesional las normas del Código de Procedimiento Penal sobre términos para interponer impedimentos y recusaciones.

(Art. 57 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.2.2.1.2.27 ***Sustituciones en impedimentos y recusaciones.*** Para reemplazar en caso de impedimento o recusación de uno o varios de los miembros de los Tribunales de Ética Médica, se hará un sorteo entre los médicos no elegidos integrantes de las últimas listas de candidatos para conformar el respectivo Tribunal.

(Art. 58 del Decreto 3380 de 1981)

Sub-sección 3. Certificado médico

Artículo 2.7.2.2.1.3.1 ***Campo de aplicación.*** El presente sección se aplica a todos los Profesionales de la Medicina debidamente titulados, registrados o con tarjeta profesional expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social que ejerzan su profesión en el territorio nacional y a todos aquellos que se encuentren prestando el Servicio Social Obligatorio.

Las disposiciones de este sección obligan igualmente a las Direcciones Territoriales de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades de salud públicas, mixtas y privadas, a los enfermos, auxiliares de enfermería y promotores de salud que se encuentren registrados en este Ministerio, o inscritos y capacitados por las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud con las debidas certificaciones, especialmente en cuanto al suministro de información estadística y manejo de los formatos para la expedición de los Certificados de Nacido Vivo y de Defunción, que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 1 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.2.2.1.3.2 ***Expedición.*** El Certificado Médico será expedido por un Profesional de la Medicina, con tarjeta profesional o registro del Ministerio de Salud y Protección Social, o por un médico que se encuentre prestando el Servicio Social Obligatorio, de conformidad con lo previsto por el artículo 50 de la Ley 23 de 1981.

Parágrafo. El texto del Certificado Médico será claro, preciso y deberá ceñirse estrictamente a la verdad. Su expedición irregular conllevará responsabilidad civil, penal y ética para el médico que lo expida, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

(Art. 2 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.2.2.1.3.3 ***Excepción en casos en que no se den las condiciones del artículo anterior.*** En aquellos lugares donde no exista Profesional de la Medicina ni en Servicio Social Obligatorio, el Certificado Médico podrá ser diligenciado y firmado por el personal de salud autorizado en el presente sección, con el fin de obtener información estadística.

(Art. 3 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.2.2.1.3.4 ***Contenido del certificado médico.*** El Certificado Médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener como mínimo, los siguientes datos generales:

a. Lugar y fecha de expedición;

b. Persona o entidad a la cual se dirige;

c. Estado de salud del paciente, tratamiento prescrito o acto médico;

d. Nombre e identificación del paciente;

e. Objeto y fines del certificado;

f. Nombre del Profesional de la Medicina que lo expide;

g. Número de la tarjeta profesional y registro;

h. Firma de quien lo expide.

(Art. 4 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.2.2.1.3.5 ***Certificado médico de nacimiento.*** El Certificado Médico de Nacimiento, se expedirá para acreditar el hecho del individuo nacido vivo y deberá contener tres partes:

a. Una primera parte destinada a registrar los datos propios del nacimiento, como: apellidos y nombres del individuo nacido vivo, sexo, peso, talla, tipo sanguíneo, semanas de gestación, fecha de nacimiento, hora de ocurrencia del hecho, lugar y zona de nacimiento, sitio del parto, institución en donde fue atendido, tipo de parto, multiplicidad del parto y nombre e identificación del personal de salud que prestó la atención;

b. Una segunda partes destinada a registrar los datos de los padres del individuo nacido vivo, como: nombres y apellidos documentos de identificación, edad, estado civil, nivel educativo de cada uno, lugar y zona de residencia habitual de la madre, fecha de nacimiento del anterior hijo nacido vivo y número de hijos nacidos vivos;

c. Una tercera parte destinada a registrar los datos de la persona que expide el Certificado Médico de Nacimiento tales como: nombres y apellidos, documento de

identificación, número de la tarjeta profesional y registro médico, lugar y fecha de expedición y firma de quien lo expide.

(Art. 5 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.2.2.1.3.6 ***Certificado médico de defunción.*** El Certificado Médico de Defunción se expedirá para acreditar la defunción de todo individuo nacido vivo o nacido muerto, según el caso, y deberá contener como mínimo las siguientes partes:

a. Una primera parte destinada a registrar datos propios de la defunción, de carácter general; tales como: Tipo de defunción, fecha hora, lugar, zona y sitio de la defunción; datos generales del fallecido, como nombres, apellidos, sexo, documento de identificación, fecha de nacimiento, edad, nivel educativo, estado civil, zona y residencia habitual del fallecido y forma de muerte. Asimismo, el nombre, dirección, teléfono, número de tarjeta profesional o registro y firma del personal de salud que lo expide;

b. Una segunda parte destinada a registrar los datos de las defunciones fetales, o de menores de un año, sin interesar el tiempo de gestación; así: Ocurrencia de la muerte con relación al parto; clase de parto, clase de embarazo, tiempo de gestación, peso al nacer y los datos de la madre: nombres y apellidos, dirección, edad, número de hijos, estado civil y nivel educativo;

c. Una tercera parte, destinada a registrar los datos propios de la defunción de mujeres, como: Estado de embarazo al momento de la muerte, estado de embarazo en las últimas seis semanas, o en los últimos doce meses antes del fallecimiento;

d. Una cuarta parte destinada a registrar los datos relacionados con las muertes violentas: suicidios, homicidios, accidentes de tránsito y otros accidentes. En caso de no haberse determinado la causa de la muerte, y de encontrarse el hecho para dictamen del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, deberá indicarse también como sucedió, el lugar y dirección de ocurrencia del mismo;

e. Una quinta parte destinada a registrar las causas generales de toda defunción, como: La causa directa, antecedente y otros estados patológicos importantes; los métodos técnicos u otras formas mediante las cuales se determinó la causa de la muerte, y si se recibió asistencia técnica durante el proceso anterior al fallecimiento.

(Art. 6 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.2.2.1.3.7 ***Firma del certificado.*** Los formatos de certificados de individuos nacidos vivos y de defunción podrán ser diligenciados y firmados por el siguiente personal de salud:

a. Los Profesionales de la Medicina, debidamente titulados, con registro médico vigente o con tarjeta profesional del Ministerio de Salud y Protección Social, o que se encuentren prestando el Servicio Social Obligatorio;

b. Cuando no exista en el lugar, ningún profesional médico, ni en Servicio Social Obligatorio, los formatos podrán ser diligenciados por enfermeros, debidamente

titulados, registrados o con tarjeta profesional del Ministerio de Salud y Protección Social;

c. En aquellas áreas de difícil acceso, donde no exista profesional de la medicina ni en Servicio Social Obligatorio, ni profesional de la enfermería como recurso de salud permanente, los formatos podrán ser diligenciados por los Auxiliares de Enfermería que se encuentren inscritos en las Direcciones Territoriales de Salud, o en su defecto, por los promotores de salud, que se encuentren debidamente capacitados e inscritos en tales Direcciones de Salud y obtengan las certificaciones pertinentes.

(Art. 7 del Decreto 1171 de 1997)

Sección 2. Ética del odontólogo

Artículo 2.7.2.2.2.1 ***Derecho a la libre elección del odontólogo***. En el trabajo institucional, el derecho de libre elección del odontólogo por parte del paciente estará sujeto a las posibilidades ofrecidas por cada Institución.

(Art. 1 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.2 ***Responsabilidad en casos de urgencia o emergencia.*** Para señalar la responsabilidad del odontólogo frente a los casos de emergencia, o urgencia, entiéndase por esta todo tipo de afección que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen del profesional de odontología.

(Art. 2 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.3 ***Prescindencia de servicios del odontólogo por parte del paciente.*** El odontólogo respetará la libertad del paciente para prescindir de sus servicios, siempre y cuando éste tenga capacidad de manifestar libremente su voluntad.

(Art. 3 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.4 ***Consultorio.*** Entiéndase por consultorio odontológico, el sitio donde se puede atender privadamente al paciente y cuyo objetivo sea la consulta o tratamiento ambulatorio.

(Art. 4 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.5 ***Exámenes innecesarios o tratamientos injustificados.*** Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados, aquellos que no correspondan a la historia clínica y plan de tratamiento del caso particular.

(Art. 5 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.6 ***Procedencia de interconsulta.*** En caso de sospecha de enfermedad infecto contagiosa o de cualquier otra etiología que comprometa la ejecución de procedimientos clínicos en el paciente, debe solicitarse la interconsulta pertinente.

(Art. 6 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.7 ***Del riesgo injustificado.*** Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

(Art. 7 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.8 ***Advertencia* del riesgo previsto.** El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, Capítulo II, artículo 5, con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos.

(Art. 8 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.9 ***Causales de exoneración de advertencia del riesgo previsto.*** El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos:

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;

b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico.

(Art. 9 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.10 ***Constancia en la historia clínica.*** El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla.

Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento odontológicos pueden comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el odontólogo no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica odontológica, al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médicos.

(Art. 10 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.11 ***Obligación de comunicar la gravedad del paciente***. Entiéndase que la obligación a que se refiere la Ley 35 de 1989, Capítulo II, artículo 21, con relación a los familiares o allegados debe cumplirse solo cuando éstos se encuentran presentes.

(Art. 11 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.12 ***Junta odontológica.*** Entiéndese por Junta Odontológica la interconsulta o la asesoría solicitada por el odontólogo tratante a uno o más profesionales, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

(Art. 12 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.13 ***Destinatarios de la obligación del odontólogo en caso de gravedad del paciente.*** Para efectos de lo previsto por la Ley 35 de 1989, artículo 21, son responsables del enfermo las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros odontológicos.

(Art. 13 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.14 ***Frecuencia de las Juntas Odontológicas.*** La frecuencia de las Juntas Odontológicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquél.

(Art. 14 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.15 ***De los actos no desaprobatorios.*** No constituyen actos desaprobatorios las diferencias de criterio o de opinión entre odontólogos, que manifestadas en forma prudente surjan de la discusión, análisis y tratamiento del paciente.

(Art. 15 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.16 ***Disentimiento ético.*** Si el disentimiento profesional entre odontólogos tiene contenido ético, la competencia para dirimirlo será de los Tribunales de Ética Odontológica.

(Art. 16 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.17 ***Término para postulación de candidatos al Tribunal.*** El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del odontólogo o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de esta.

(Art. 17 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.18 ***Responsabilidad de odontólogo.*** El odontólogo velará e instruirá a sus auxiliares sobre la reserva del secreto profesional, y no será responsable, por la revelación voluntaria que ellos hagan.

(Art. 18 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.19 ***Concepto odontológico.*** En lo dispuesto por la Ley 35 de 1989, artículo 1, literal h), y demás constancias solicitadas, los conceptos emitidos por el odontólogo deberán ser por escrito y contener por lo menos los siguientes datos:

1. Lugar y fecha de expedición.

2. Persona o entidad a la cual se dirige el certificado.

3. Objeto o fines del certificado.

4. Nombre e identificación del paciente.

5. Concepto.

6. Nombre del odontólogo.

7. Número de la tarjeta profesional o carnet.

8. Firma del odontólogo.

(Art. 19 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.20 ***Historia Clínica como material de consulta.*** Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos odontológicos, con sujeción a los principios del secreto profesional, de la propiedad intelectual y de conformidad con la Ley 1581 de 2012.

(Art. 20 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.21 ***Postulación de candidatos al Tribunal.*** Durante los dos (2) meses anteriores a la iniciación de un período del Tribunal Nacional de Ética Odontológica, la Federación Odontológica Colombiana y la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, enviarán las listas de candidatos al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 21 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.22 ***Período de los miembros de los Tribunales.*** Los Miembros de los Tribunales de Ética Odontológica ejercerán sus funciones mientras no sean reemplazados.

(Art. 22 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.23 ***Provisión de vacancias definitivas de los tribunales.*** Cuando en el Tribunal Nacional o Tribunales Seccionales se produzca vacancia de uno o varios de sus cargos, éstos serán provistos para el período restante por uno de los profesionales que figuran en la lista inicialmente enviada a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social conforme al artículo 2.7.2.2.2.21 del presente decreto, o por profesionales escogidos de nuevas listas, a discreción de quien deba hacer el nombramiento o elección.

(Art. 24 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.24 ***Sustituciones en impedimentos y recusaciones.*** En caso de impedimento o recusación de una o varios de los miembros de los Tribunales de Ética Odontológica, se hará un sorteo entre los odontólogos integrantes de las

últimas listas de candidatos para conformar el respectivo Tribunal, que no hayan sido elegidos.

(Art. 25 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.25 ***Competencia residual del tribunal nacional.*** Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética Odontológica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional.

(Art. 26 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.26 ***Puesta en funcionamiento de los tribunales seccionales.*** Los Tribunales Seccionales de Ética Odontológica iniciarán funciones previa apropiación presupuestal y desde la fecha de aprobación del presupuesto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 27 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.27 ***Pruebas de oficio.*** Durante la instrucción del proceso, el profesional instructor practicará todas las pruebas y diligencias que considere necesarias para la investigación.

Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se harán bajo la gravedad del juramento en la forma establecida por el Código de Procedimiento Penal.

(Art. 28 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.28 ***Registro de actuaciones.*** Las actuaciones dentro del procedimiento disciplinario ético profesional deberán constar por escrito.

(Art. 29 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.29 ***Petición de pruebas.*** El inculpado podrá solicitar por escrito al instructor las pruebas que considere convenientes, las que se decretarán y practicarán siempre y cuando sean conducentes dentro de la investigación.

(Art. 30 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.30 ***Quorum deliberativo.*** Los Tribunales de Ética Odontológica sesionarán con la asistencia de la mayoría absoluta de sus integrantes.

(Art. 31 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.31 ***Quorum decisorio.*** Las decisiones de los Tribunales de Ética Odontológica se adoptarán por mayoría absoluta de voto de los profesionales miembros, y serán firmadas por todos ellos. Quien no esté de acuerdo con la decisión tomada, podrá salvar su voto y así lo hará constar.

(Art. 32 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.32 ***Faltas temporales.*** En los eventos de caso fortuito o fuerza mayor, si uno de los integrantes no pudiere asistir a las sesiones de los Tribunales, éste será reemplazado por otro profesional que hubiere hecho parte de la lista de aspirantes a integrarlo y que no hubiere sido elegido o en su defecto solicitará a las entidades competentes el envío de una nueva lista.

(Art. 33 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.33 ***Aplicación residual del Código de Procedimiento Penal.*** En lo no previsto en la Ley 35 de 1989 y su reglamento, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

(Art. 34 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.34 ***Amonestación privada.*** La amonestación privada consiste en la reprensión privada y verbal que se le hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 35 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.35 ***Censura.*** Se entiende por censura la reprobación que se hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 36 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.36 ***Censura escrita y privada.*** La censura escrita pero privada, se hará mediante la entrega, por parte del Tribunal, de una copia de la decisión del mismo, al infractor sancionado.

(Art. 37 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.37 ***Censura escita y pública.*** La censura escrita y pública se aplicará mediante la lectura de la decisión en sala plena del Tribunal, y será fijada en lugar visible de los tribunales por diez (10) días hábiles y publicada en la Revista de la Federación Odontológica Colombiana o boletines seccionales. Copia de este acto debe ser enviada al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 38 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.38 ***Censura verbal y pública.*** La censura verbal y pública será dada a conocer al infractor, mediante la lectura de la decisión ante la Junta Seccional de la Federación Odontológica Colombiana correspondiente, y la fijación de la misma en lugar visible de la sede de los Tribunales por diez (10) días hábiles y publicada en la Revista de la Federación Odontológica Colombiana o en los boletines seccionales. Copia de este acto debe ser enviada al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 39 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.39 ***Publicidad de las sanciones.*** La decisión que conlleva a imponer como sanción la censura o la suspensión, será transcrita al profesional sancionado, a los Tribunales Nacional y Seccionales y si es de carácter público,

será además, fijada en lugares visibles de las sedes de los Tribunales, Ministerio de Salud y Protección Social y de la Federación Odontológica Colombiana y publicada en la Revista de la Federación Odontológica Colombiana o boletines seccionales.

(Art. 40 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.40 ***Criterios de graduación de la sanción.*** La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor, y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta.

(Art. 41 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.41 ***Reincidencia en la falta.*** La reincidencia del profesional en la comisión de la falta dará lugar, por lo menos, a la aplicación de la sanción inmediata superior.

(Art. 42 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.42 ***Definición de la reincidencia.*** Para los efectos del artículo anterior, entiéndase como reincidencia la comisión de la misma falta, en dos o más ocasiones durante un período no mayor de un (1) año.

(Art. 43 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.2.2.2.43 ***Comunicación de las sanciones.*** Las sanciones contempladas en la Ley 35 de 1989, artículo 79, literales c) y d), deberán ser comunicadas al Ministerio de Salud y Protección Social para efecto de su registro.

(Art. 44 del Decreto 491 de 1990)

Capítulo 3
Ejercicio de otras profesiones, especialidades y ocupaciones de la salud

Sección 1. Anestesiología

Artículo 2.7.2.3.1.1 ***Del concepto.*** La Anestesiología es una especialidad de la Medicina fundamentada en las ciencias biológicas sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además se integra en una forma multidisciplinaria con otras especialidades médicas en el manejo integral de la salud. El médico especializado en Anestesiología y Reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad con el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad para dicho ejercicio.

(Art. 1 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.1.2 ***De las definiciones***. Para efectos de este capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

a) *Urgencia:* Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genera una demanda de atención médica inmediata y efectiva.

b) *Atención inicial de urgencia:* Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el grado de complejidad del servicio donde se realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

c) *Atención de urgencia:* Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

d) *Atención médica programada*: Entiéndase como tal al conjunto de acciones previstas a realizarse en una persona con una patología calificada previamente, que no requiere la atención de urgencia.

(Art. 6 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.1.3 ***Del ejercicio de la Anestesiología***. Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán ejercer las funciones de médico especialista en Anestesiología los siguientes:

a. Las personas que hayan adquirido o adquieran el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y que hayan realizado posteriormente su entrenamiento en un programa de especialización en Anestesiología y Reanimación legalmente aprobado en una Universidad con Facultad de Medicina, debidamente reconocida por los organismos competentes del Gobierno Nacional.

b. Los médicos colombianos o extranjeros que hayan adquirido o adquieran el título de médico especializado en Anestesiología y Reanimación en otro país equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno Nacional.

c. Podrá también ejercer como médico especializado en Anestesiología y Reanimación aquel que con anterioridad al 16 de enero de 1991, haya obtenido el título correspondiente otorgado por facultades o escuelas universitarias legalmente reconocidas por el Estado Colombiano, o refrendado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, legalmente reconocido por el Estado Colombiano.

d. El médico cirujano que se encuentre realizando su entrenamiento en Anestesiología y Reanimación, dentro de un programa aprobado por el Gobierno Nacional, respaldado, autorizado y supervisado por un Centro Universitario y/o facultad de medicina correspondiente, de conformidad con las disposiciones que reglamentan las relaciones docente-asistenciales.

(Art. 2 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.1.4 ***De la práctica de procedimientos anestésicos por médicos no especializados.*** Los médicos no especializados en Anestesia y Reanimación, solo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia, y en aquellos casos no remisibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en Anestesia y Reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el Servicio Social Obligatorio, solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia.

Parágrafo. Los médicos no especializados en Anestesiología y Reanimación, y los profesionales de Odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual que no impliquen riesgo grave para la salud del paciente.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará sobre la materia con base en las recomendaciones del Comité Nacional para el Ejercicio de la Anestesiología.

(Art. 3 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.1.5 ***De la prohibición de suministrar la anestesia y realizar el procedimiento quirúrgico.*** Prohíbese aplicar anestesia y llevar a cabo intervenciones quirúrgicas por parte del mismo médico en forma simultánea, salvo en los casos de urgencia atendidos en instituciones hospitalarias que dispongan de un solo profesional de la medicina.

(Art. 4 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.1.6 ***De la observancia de las medidas de seguridad para la práctica de procedimientos anestésicos.*** En los casos previstos en los artículos 2.7.2.3.1.5 y 2.7.2.3.1.6 del presente decreto, deberá cumplirse con las normas que consagran los procedimientos mínimos de seguridad exigidos para la práctica anestésica.

(Art. 5 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.1.7 ***Inspección, vigilancia y control.*** Sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones departamentales y municipales de salud, así como el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia creado por la Ley 6 de 1991 y los comités seccionales, velarán por el estricto cumplimiento de las normas contenidas en el presente Capítulo y las previstas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Sin perjuicio de las competencias de las autoridades en materia disciplinaria, el Tribunal de Ética Médica aplicará las sanciones de orden personal a que haya lugar por la violación de las normas de ética médica, previo el debido proceso.

La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las sanciones a que haya lugar, cuando se incumplan las obligaciones por parte de las instituciones de salud y de

asistencia social de carácter oficial, de seguridad social y privada, a que se refiere el artículo 10 de la Ley 6 de 1991.

(Art. 8 del Decreto 97 de 1996)

Sección 2. Química Farmacéutica

Sub-sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.7.2.3.2.1.1 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones contenidas en esta Sección tienen por objeto regular el ejercicio de la profesión de Químico Farmacéutico, perteneciente al área de la salud, en los aspectos relativos a los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones, con el fin de preservar y salvaguardar la honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, seriedad, que deben observar en su desempeño profesional.

(Art. 1 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.1.2 ***Garantía del ejercicio profesional.*** El Químico Farmacéutico hará uso de sus derechos, cumplirá sus deberes, respetará las normas que rigen su actividad profesional, y actuará conforme a los mandatos consagrados en la Constitución Política, las leyes, los reglamentos que profieran las autoridades públicas competentes y los postulados éticos que la rigen.

(Art. 2 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.1.3 ***Definiciones.*** Para efectos de la presente Sección se establecen las siguientes definiciones generales:

a. Químico Farmacéutico: Es un profesional del área de la salud cuya formación universitaria lo capacitará para ejercer actividades profesionales en el desarrollo, preparación, producción, control y vigilancia de los procesos y productos mencionados en el artículo 1 de la Ley 212 de 1995, y en las actividades químicas farmacéuticas que inciden en la salud individual y colectiva.

b. Productos Farmacéuticos: Todo producto destinado al uso humano o animal presentado en su forma farmacéutica, tales como medicamentos, cosméticos, alimentos que posean acción terapéutica; preparaciones farmacéuticas con base en recursos naturales, productos generados por biotecnología, productos biológicos, productos homeopáticos y demás insumos para la salud.

c. Laboratorio farmacéutico: Es el establecimiento o sección de una empresa, que se dedica a la investigación, fabricación, envase, empaque, análisis, control o aseguramiento de la calidad de los productos farmacéuticos.

d. Medicamento: Es el preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica, que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad, así como los alimentos que posean una acción o se administren con finalidad terapéutica o se anuncien con propiedades medicinales. Los envases,

rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos contribuyen a garantizar su calidad, estabilidad y uso adecuado.

e. Cosmético: Es una formulación de aplicación local, fundamentada en conceptos científicos, destinada al cuidado y mejoramiento de la piel humana y sus anexos, sin perturbar las funciones vitales, sin irritar, sensibilizar, o provocar efectos secundarios indeseables atribuibles a su absorción sistémica o su aplicación local.

(Art. 3 del Decreto 1945 de 1996)

Sub-sección 2. Del ejercicio de la profesión del químico farmacéutico

Artículo 2.7.2.3.2.2.1 ***Actividades profesionales.*** Se entiende por ejercicio profesional del químico farmacéutico, toda actividad relacionada con la aplicación de los principios, conocimientos científicos y técnicos, señalados en las Leyes 23 de 1962 y 212 de 1995, así como las demás disposiciones vigentes.

Para los efectos de esta reglamentación, son actividades de competencias exclusiva de químico farmacéutico, las comprendidas dentro de la dirección técnica de:

a) Farmacias de instituciones y entidades que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel.

b) Laboratorio de productos farmacéuticos tales como medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos homeopáticos.

c) Sistemas de suministro de productos farmacéuticos, en sus diferentes etapas, incluyendo la auditoría de los mismos.

d) Laboratorio de toxicología forense.

e) Servicios de atención farmacéutica, hospitalarios y ambulatorios.

f) Funciones de inspección, vigilancia y control de los productos farmacéuticos, establecimientos productores y establecimientos distribuidores de los mismos.

g) Establecimientos distribuidores mayoristas.

(Art. 4 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.2 El profesional químico farmacéutico deberá hacer parte, aunque no de manera exclusiva, en el desarrollo de las siguientes actividades:

Asuntos regulatorios sanitarios;

Investigación y desarrollo de productos farmacéuticos;

Producción, suministro y aseguramiento de calidad de los insumos para la salud; productos agroquímicos; alimentos o bebidas enriquecidas o de uso dietético, complementos dietéticos; alimentos concentrados, bebidas alcohólicas y no alcohólicas;

Inspección, vigilancia y control de insumos para la salud, productos agroquímicos; alimentos o bebidas enriquecidas o de uso dietético, complementos dietéticos, alimentos concentrados, bebidas alcohólicas y no alcohólicas;

Toxicología forense, clínica, ambiental, salud ocupacional y ecología;

Certificación de calidad en los procesos de importación, exportación de materias primas, productos farmacéuticos semielaborados y terminados;

En inspección, vigilancia y control de productos obtenidos por biotecnología.

(Art. 5 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.3 El químico farmacéutico podrá estar vinculado en la realización de las siguientes actividades:

Producción y aseguramiento de la calidad de alimentos para uso humano y animal;

Inspección, vigilancia y control de alimentos para uso humano y animal;

Obtención de productos mediante procesos biotecnológicos y en la evaluación de la actividad biológica;

Servicio de atención farmacéutica ambulatorio y hospitalario de primer nivel;

Mercadeo y ventas de productos farmacéuticos;

Investigación y monitoreo del impacto ambiental y salud ocupacional;

Las que se desarrollan en el campo de la medicina nuclear;

Programas de evaluación, conservación, recuperación y aprovechamiento de los recursos naturales;

En las demás actividades relacionadas con el área de la salud, que pueden ser atendidas por un químico farmacéutico.

(Art. 6 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.4 ***Docencia.*** La docencia en las áreas básicas y fundamentales de la química farmacéutica, será ejercida preferencialmente por el químico farmacéutico, quien podrá tener bajo su responsabilidad cátedras, áreas académicas, grupos de trabajo, y participar en tareas de investigación científica.

(Art. 7 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.5 ***Derechos.*** Los químicos farmacéuticos tendrán los siguientes derechos:

a. Recibir un tratamiento acorde con la dignidad inherente al ser humano;

b. Percibir una remuneración justa y equitativa por su trabajo profesional;

c. Ser reconocido como un profesional del área de la salud;

d. Ser acatado en los conceptos técnicos de su competencia;

e. Al respeto y reconocimiento científico y técnico;

f. Ser designado en los cargos que deban ser desempeñados por químicos farmacéuticos;

g. Ejercer la docencia en las materias de las áreas en las que cursó sus estudios universitarios;

h. Recibir una capacitación continuada que le permita actualizarse a nivel técnico, científico, con el fin de mejorar en el ejercicio de su profesión;

i. Ejercer el derecho de libre asociación;

j. Los demás que consagren la Constitución Política, la ley y los reglamentos.

(Art. 8 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.6 ***Deberes.*** Los químicos farmacéuticos tendrán los siguientes deberes:

a. Cumplir y hacer cumplir la Constitución Política, la ley, los reglamentos, y los postulados que rigen su profesión;

b. Observar las normas éticas de su profesión, y preservar los intereses en relación con la salud individual o colectiva, ofreciendo toda su capacidad como profesional de la salud;

c. Contribuir a la preservación de la vida, para lo cual y sobre cualquiera otra consideración actuará en forma oportuna y diligente en la prestación de los servicios de atención farmacéutica que le correspondan;

d. Cumplir con honradez, lealtad, eficiencia, oportunidad e imparcialidad las tareas que le sean asignadas;

e. Respetar el carácter confidencial de su actividad profesional;

f. Tratar con respeto, imparcialidad y lealtad a las personas con las cuales deba establecer alguna relación en virtud de su ejercicio profesional;

g. Proponer iniciativas que considere útiles para el mejoramiento continuo de la profesión y de las tareas que le hayan sido asignadas;

h. Las demás que señalen la ley y los reglamentos.

(Art. 9 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.7 *Prohibiciones*. Los químicos farmacéuticos en el ejercicio de su profesión les está prohibido:

1. Utilizar o permitir la utilización de sus conocimientos profesionales para el desarrollo de actividades ilícitas o que atenten contra la salud;

2. Realizar actividades que contravengan la ley y los reglamentos vigentes;

3. Omitir o retardar el cumplimiento de las actividades profesionales;

4. Solicitar o aceptar prebendas o beneficios indebidos;

5. Las demás que señalen la ley y los reglamentos.

(Art. 10 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.8 *Requisitos.* La profesión de químico farmacéutico será ejercida en Colombia por las siguientes personas:

a) Quienes hayan adquirido o adquieran el título de químico farmacéutico, expedido por alguna de las Instituciones Universitarias que funcionen en el territorio nacional o hayan funcionado legalmente en el país;

b) Los colombianos y extranjeros que adquieran o hayan adquirido título de químico farmacéutico o su equivalente, en instituciones universitarias de países con los que Colombia haya celebrado tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios, en los términos señalados en los mismos;

c) Los colombianos y extranjeros que hayan adquirido título de químicos farmacéuticos o su equivalente, en una institución universitaria de un país con el cual Colombia no haya celebrado tratados o convenios sobre intercambio de títulos universitarios, una vez cumplidas las disposiciones legales vigentes sobre validación de títulos;

d) Las personas que hayan cumplido con alguno de los anteriores requisitos y que se encuentren inscritas en el registro del Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos.

Parágrafo. Las personas que hayan adquirido licencia o permiso de farmacéutico en virtud de disposiciones legales expedidas hasta la vigencia de la Ley 23 de 1962, ejercerán la farmacia como licenciados en todo el territorio nacional.

(Art. 11 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.2.9 ***Ejercicio cargos públicos***. Para desempeñar cargos en la administración pública, cuyo ejercicio requiera la profesión de químico farmacéutico, la persona nombrada deberá acreditar, el título universitario y estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.

(Art. 13 del Decreto 1945 de 1996)

Sub-sección 3. Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos

Artículo 2.7.2.3.2.3.1 ***Vigilancia y control.*** La vigilancia y el control del ejercicio de la profesión de químico farmacéutico le corresponde al Estado, y estará a cargo del Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos.

El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, creado por el artículo 7 de la Ley 212 de 1995, es un organismo consultivo del Gobierno Nacional en materia de la competencia de los químicos farmacéuticos.

(Art. 14 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.2 ***Colegiatura.*** La colegiatura de los químicos farmacéuticos tiene por objeto velar porque el ejercicio de la profesión, en cualquiera de sus especialidades y aplicaciones, responda a la función que dentro del campo sanitario y social le corresponde, de acuerdo con la Constitución Política, la ley y los reglamentos.

(Art. 15 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.3 ***Objetivos.*** El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos también cumplirá los siguientes objetivos:

a) Velar por el mejoramiento técnico, social y económico de sus miembros;

b) Fomentar el espíritu de solidaridad, apoyo y respeto entre sus asociados;

c) Propender por el avance científico de la química farmacéutica;

d) Velar por la observancia de los postulados éticos que rigen el ejercicio profesional;

e) Establecer canales de comunicación entre sus miembros, y entre éstos y las demás asociaciones u organizaciones que desarrollen actividades similares a las del colegio;

f) Los demás que están relacionados con el mejoramiento continuo de la profesión de químico farmacéutico;

g) Ser órgano consultivo del Gobierno Nacional;

h) Promover campañas de información a nivel comunitario sobre el uso racional de los medicamentos.

(Art. 16 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.4 ***Naturaleza.*** El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos es una entidad científico-técnica, de tipo académico gremial, profesional e independiente, que está conformada por los químicos farmacéuticos que se inscriban en el registro que llevará, con sujeción a la Ley 212 de 1995.

(Art. 17 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.5 ***Sede.*** El Colegio tendrá su sede principal en la ciudad de Bogotá, D. C., y podrá organizar unidades regionales en las distintas reparticiones territoriales, cuando el Consejo Nacional así lo decida.

(Art. 19 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.6 ***Organización.*** El Colegio tendrá los siguientes órganos directivos:

a) Asamblea Nacional;

b) Junta Directiva Nacional;

c) Tribunal Disciplinario;

d) Fiscal;

e) Director Ejecutivo.

El Consejo Nacional será organismo asesor de la Junta Directiva Nacional.

Las Unidades Regionales tendrán su Consejo Directivo, Tribunal Disciplinario y un Director Ejecutivo cuando lo amerite, que serán elegidos conforme a lo dispuesto por el reglamento interno del Colegio.

(Art. 20 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.7 ***Recursos.*** Serán recursos del Colegio, los productos obtenidos por la realización de eventos académicos, científicos, sociales, culturales, recreativos; las cuotas de sostenimiento que apruebe la Asamblea Nacional, y los aportes extraordinarios que se destinen para programas especiales.

(Art. 21 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.8 ***Asamblea Nacional.*** La Asamblea Nacional es la máxima autoridad del Colegio, y está integrada por todos los químicos farmacéuticos inscritos en el registro o por las delegaciones integradas en la forma que se establezca en el reglamento interno y que se encuentren a paz y salvo. Sus reuniones son ordinarias o extraordinarias, previa convocatoria efectuada en los términos señalados en el mismo reglamento.

(Art. 22 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.9 *Funciones.* Son funciones de la Asamblea Nacional:

1. Adoptar el reglamento interno del colegio, y sus modificaciones;

2. Elegir la junta directiva nacional, para un período de dos años;

3. Aprobar los planes de gestión del colegio, y disponer su revisión;

4. Elegir los miembros del Tribunal Disciplinario, para un período de dos años.

5. Fijar los aportes ordinarios y extraordinarios que deberán cancelar los miembros, para sufragar actividades a cargo del mismo;

6. Seleccionar los sitios que servirán de sede y subsede para sus reuniones;

7. Elegir el Fiscal para un período de dos años;

8. Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

Parágrafo. Las decisiones de la Asamblea serán tomadas por mayoría de votos de los miembros presentes que constituyan quórum, conforme lo señale el reglamento interno.

(Art. 23 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.10 *Consejo Nacional.* El Consejo Nacional es un órgano asesor de la Junta Directiva Nacional y estará integrado por los Presidentes de las Unidades Regionales o quienes hagan sus veces, el Presidente del Tribunal Disciplinario; los Presidentes honorarios, los expresidentes de la Junta Directiva Nacional; y será presidido por el Presidente de la Junta Directiva Nacional.

El Consejo podrá invitar a particulares o servidores públicos a sus deliberaciones. Sus funciones y la periodicidad de sus reuniones, ordinarias o extraordinarias serán establecidas en el reglamento interno.

(Art. 24 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.11 *Junta Directiva Nacional.* La Junta Directiva del Colegio es el órgano ejecutor de las decisiones de la Asamblea. Estará conformada por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero, un Fiscal y su respectivo suplente, y un vocal por cada Unidad Regional, quienes serán elegidos por la Asamblea Nacional, por el sistema de cuociente electoral, para un período de dos años.

El Presidente de la Junta lo será, a su vez, del Colegio.

(Art. 25 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.3.2.3.12 ***Funciones.*** La Junta Directiva Nacional tendrá las siguientes funciones:

a. Convocar la Asamblea Nacional, y proceder a su instalación;

b. Designar Director Ejecutivo del Colegio, y el personal indispensable para su funcionamiento, señalar sus funciones y los salarios respectivos;

c. Conformar comités técnicos para el estudio de casos especiales;

d. Coordinar las Unidades Regionales, y velar por el cumplimiento de las funciones y tareas encomendadas a ellas;

e. Aprobar el proyecto de presupuesto del Colegio, y sus modificaciones;

f. Velar por la buena marcha de la administración del Colegio;

g. Adoptar las medidas que garanticen el funcionamiento de la oficina principal;

h. Llenar los cargos vacantes, mientras se reúne la Asamblea Nacional;

i. Autorizar gastos hasta por la cuantía que señale la Asamblea Nacional;

j. Realizar las tareas necesarias para procurar el cabal cumplimiento de las decisiones de la Asamblea y del Consejo Nacional;

k. Llenar las vacantes de Presidente y Fiscal, mientras se designan en propiedad por la Asamblea Nacional;

l. Organizar el registro de los químicos farmacéuticos, y disponer sobre su administración y conservación;

m. Expedir el Código de Ética Profesional;

n. Velar por el cumplimiento cabal de las decisiones de la Asamblea;

o. Formular ante la autoridad competente, las denuncias por el ejercicio ilegal de la profesión;

p. Propender por el mejoramiento continuo de la profesión, y la capacitación de los miembros del Colegio;

q. Coordinar estudios financieros orientados a arbitrar recursos para el funcionamiento del Colegio;

r. Informar al Ministerio de Salud y Protección Social y a las demás autoridades competentes, sobre las deficiencias o irregularidades que ocurran en la administración sanitaria;

s. Aprobar las inversiones que deban hacerse en proyectos especiales;

t. Supervisar la ejecución del presupuesto del Colegio, y solicitar los informes que fueren necesarios;

u. Absolver las consultas sobre el ejercicio de la profesión y sobre la aplicación de este decreto;

v. Las demás que señalen las leyes y los reglamentos;

w. Delegar en el Director Ejecutivo del Colegio la realización de las funciones señaladas en este artículo en los términos y condiciones que decida la misma Junta.

Las decisiones de la Junta Directiva Nacional serán tomadas por mayoría de votos y el quórum lo constituirá la tercera parte de los miembros que la componen.

(Art. 26 del Decreto 1945 de 1996)

Sección 3. Optometría

Artículo 2.7.2.3.3.1 ***Ejercicio de la profesión.*** El optómetra que ejerza la profesión requerirá de su tarjeta profesional. Los profesionales que al 3 de junio de 1997, fecha de la promulgación de la Ley 372 de 1997 ostentaren solamente el registro profesional vigente, para optar por la tarjeta profesional deberán actualizar y acreditar la nivelación correspondiente y así poder prestar los servicios en la misma forma y con el mismo alcance en que lo hacen los nuevos profesionales.

(Art. 1 del Decreto 1340 de 1998)

Artículo 2.7.2.3.3.2 ***Facultades del optómetra.*** El optómetra en ejercicio de su profesión y con el cumplimiento de lo establecido en el artículo precedente, está facultado para la prevención y corrección de las enfermedades del ojo y del sistema visual por medio del examen, diagnóstico, tratamiento y manejo que conduzcan a lograr la eficiencia visual y la salud ocular. En desarrollo de las anteriores actividades podrá prescribir los medicamentos de uso externo, cuyos principios activos se encuentren aceptados por las normas farmacológicas vigentes, siempre que estén circunscritos a su especialidad profesional, sin que puedan interferir o duplicar las funciones de otras especialidades.

Parágrafo 1. Dentro de los medicamentos de uso externo se encuentran las siguientes clases: Anestésicos de superficie, antiinflamatorios, antimicrobianos, antisépticos, corticosteroides, midriáticos, mióticos, lágrimas artificiales y lubricantes oftálmicos, vasoconstrictores, antihistamínicos, antivirales y descongestionantes de uso externo.

Parágrafo 2. Cuando las normas farmacológicas vigentes sean adicionadas con principios activos, cuya clasificación no corresponda a las categorías existentes para uso externo no invasivo, los nuevos medicamentos, podrán ser utilizados por los optómetras en los tratamientos que así lo requieran.

(Art. 2 del Decreto 1340 de 1998)

Sección 4. Auxiliares en salud

Artículo 2.7.2.3.4.1 ***Personal auxiliar en las áreas de la salud.*** Serán considerados como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes:

a) Auxiliar Administrativo en Salud.

b) Auxiliar en Enfermería.

c) Auxiliar en Salud Oral.

d) Auxiliar en Salud Pública.

e) Auxiliar en Servicios Farmacéuticos.

(Art. 1, numeral 6.1, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.3.4.2 ***Perfiles ocupacionales.*** Los perfiles ocupacionales para el personal auxiliar en las áreas de la salud de que trata el artículo anterior serán los adoptados por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces.

(Art. 1, numeral 6.2, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.3.4.3 ***Del Certificado de Aptitud Ocupacional.*** Los perfiles ocupacionales para el personal auxiliar en las áreas de la salud, estarán reconocidos mediante un Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, al cual se antepondrá la denominación "Técnico Laboral en...".

Para obtener el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias se requiere haber cursado y finalizado un programa en las áreas auxiliares de la salud con una duración mínima de mil seiscientas (1.600) horas y máxima de mil ochocientas (1.800) horas de las cuales el 60% son de formación práctica y haber alcanzado todas las competencias laborales obligatorias.

Parágrafo 1. El titular del Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, debe solicitar la correspondiente inscripción en el Registro Único Nacional ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad u organismo que este determine.

Parágrafo 2. Los Certificados de Aptitud Ocupacional obtenidos con anterioridad al 10 de octubre de 2005 que cumplan con los requisitos establecidos en las normas vigentes en el momento de obtenerlos, serán válidos para todos los efectos.

(Art. 1, numeral 6.3, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.3.4.4 ***Componentes básicos del plan de estudios.*** Cada plan de estudios de los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano del personal auxiliar en las áreas de la salud, debe garantizar el logro de todas las normas de competencia laboral obligatoria para cada perfil ocupacional.

(Art. 1, numeral 6.4, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.3.4.5 ***Escenarios de práctica.*** Cuando el programa requiera convenios de docencia servicio, los escenarios de práctica deberán cumplir con lo establecido en las normas que regulan la relación docencia servicio.

La Comisión Intersectorial par el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces definirá las condiciones y requisitos de los convenios docencia servicio.

(Art. 1, numeral 6.5, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.3.4.6 Convalidación de certificados obtenidos en otros países. Para efectos de la convalidación se aplicará lo dispuesto en el artículo 2.6.6.15. del Decreto 1075 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Educación.

Sección 5. Expendedor de drogas

Artículo 2.7.2.3.5.1 ***Asimilación de credencial.*** Asimílase la Credencial de Director de Droguería expedida con base en la Ley 8ª de 1971 a la Credencial de Expendedor de Drogas de que trata la Ley 17 de 1974 y la presente Sección.

(Art. 1 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.2 ***Credencial de expendedor de drogas.*** La Credencial de Expendedor de Drogas, es el documento por medio del cual el Ministerio de Salud y Protección Social o su autoridad sanitaria delegada, autoriza a las personas naturales, para ejercer la dirección de una droguería en todo el territorio nacional.

(Art. 2 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.3 ***Expedición de la credencial.*** El Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad Sanitaria en quien éste delegue, expedirá la Credencial de Expendedor de Drogas de que trata la presente Sección, previo el cumplimiento de los requisitos que más adelante se establecen.

(Art. 3 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.4 ***Requisitos.*** Los interesados en obtener la Credencial de Expendedor de Drogas deberán presentar la respectiva solicitud por escrito ante el Ministerio de Salud y Protección Social o su autoridad sanitaria delegada del lugar de su domicilio civil acompañada de los siguientes documentos:

a) Registro Civil de Nacimiento o Partida de Bautismo, según el caso.

b) Certificado de la Registraduría Nacional del Estado Civil sobre la vigencia de la cédula de ciudadanía.

c) Fotocopia de la cédula de ciudadanía.

d) Fotocopia de la libreta militar, si es el caso.

e) Certificado de vecindad expedido por la autoridad competente del lugar del domicilio del interesado.

f) Declaración de dos (2) químicos farmacéuticos o médicos graduados debidamente registrados ante el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde conste que el peticionario se ha desempeñado como empleado vendedor en droguería, con honorabilidad, competencia y consagración durante un periodo no menor de diez (10) años. Los declarantes deberán tener como mínimo diez (10) años de graduados a la fecha de su declaración.

g) Dos (2) fotos recientes tamaño cédula.

Parágrafo. Además de los requisitos señalados en el presente artículo, los interesados deberán acreditar haber cumplido veinticinco (25) años de edad como mínimo y no haber sido sancionados por comercio ilegal de drogas de control especial, ni por infracción a las disposiciones sobre medicina, mediante certificación expedida por las autoridades competentes.

(Art. 4 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.5 ***Características de la credencial.*** Cuando el solicitante acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente Sección, el Ministerio de Salud y Protección Social o su autoridad sanitaria delegada, por medio de resolución motivada, le expedirá la credencial correspondiente, la cual llevará adherido el retrato tamaño cédula de la persona a quien se le concede la credencial y sobre la fotografía se le colocará el sello del funcionario que la expide, de manera que abarque también el papel.

Parágrafo. La Credencial de Expendedor de Drogas no faculta para ejecutar actos propios del ejercicio de la farmacia y la medicina.

(Art. 5 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.6 ***Ejercicio ilegal.*** Quien se respalde con la Credencial de Expendedor de Drogas para ejercer la farmacia o la medicina, incurre en ejercicio ilegal de estas profesiones y la credencial le será cancelada de conformidad con lo previsto en la normativa vigente, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que le corresponda.

(Art. 6 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.7 ***Autorización especial.*** El médico en ejercicio legal de la profesión que se encuentre domiciliado en lugares en donde no existan químico farmacéutico en ejercicio de su profesión, farmacéutico licenciado o persona que ostente la Credencial de Expendedor de Drogas y en número suficiente para atender a la demanda del público, podrá obtener autorización del Ministerio de Salud y Protección Social o de su autoridad sanitaria delegada para dirigir la droguería de su propiedad.

Parágrafo. Cuando la autorización sea expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la autoridad territorial de salud competente, expedirá una constancia al interesado sobre las condiciones de que trata el presente artículo.

(Art. 7 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.8 ***Requisitos para la autorización especial.*** Para obtener la autorización de que trata el artículo anterior, el interesado deberá presentar la solicitud ante la autoridad competente, informando el nombre de la droguería, su dirección y número de registro como médico, acompañada de los siguientes documentos:

a. Fotocopia de la cédula de ciudadanía;

b. Fotocopia del documento por medio del cual se le autorizó el ejercicio de la profesión como médico;

c. Certificado de vecindad expedido por la autoridad competente del lugar de domicilio del interesado;

d. Certificado sobre la propiedad de la droguería que pretende dirigir, expedido por autoridad competente.

(Art. 8 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.9 ***Plazo.*** Una vez presentada la solicitud ante la autoridad competente en forma personal por el interesado o mediante apoderado, según el caso y si esta se hallare con la documentación completa exigida por el presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad sanitaria delegada dispondrá de diez (10) días hábiles para la expedición de la Credencial de Expendedor de Drogas o de la autorización de que trata el artículo 2.7.2.3.5.7 del presente decreto.

(Art. 9 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.10 ***Publicación.*** Las providencias que expida el Ministerio de Salud y Protección Social o las autoridades territoriales de salud, de que trata el presente capítulo deberán publicarse en el Diario Oficial, según el caso para que surta sus efectos legales y el costo de la misma será por cuenta del interesado, a quien se le entregar copia de la resolución para lo pertinente.

(Art. 10 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.3.5.11 ***Inspección, vigilancia y control.*** La vigilancia y control de las disposiciones contenidas en la presente Sección, se ejercerán por las Secretarías Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

(Art. 11 del Decreto 1070 de 1990)

PARTE 8

NORMAS RELATIVAS A LA SALUD PÚBLICA

TÍTULO 1
VIH-SIDA

Capítulo 1
Disposiciones generales

Artículo 2.8.1.1.1 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones contempladas en el presente Título se aplicarán en el territorio nacional, a todas las personas naturales, jurídicas, nacionales y extranjeras sin distinción alguna.

(Art. 1 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.1.2 ***Definiciones técnicas***. Para los efectos del presente Título adóptanse las siguientes definiciones:

Aislamiento: Medida de contención preventiva de bioseguridad mediante la cual una persona enferma es sometida, por parte del equipo de salud competente, a controles especiales destinados a evitar el agravamiento de su estado o a que pueda llegar a afectar la salud de los demás.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud, incluyendo la promoción de la salud sexual, la prevención de la infección por VIH y la minimización de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que causa la misma.

Bioseguridad: Actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental ocupacional e individual para garantizar el control del riesgo biológico.

Caso de SIDA: Persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta signos y síntomas asociados con cualquiera de las enfermedades concominantes a la inmunosupresión que definen SIDA según la clasificación del CDC de Atlanta para niños o para personas adolescentes y adultas, o la que en su momento adopte el Ministerio de Salud y Protección Social en sus normas técnica; incluyendo el respaldo de pruebas de laboratorio científicamente determinadas para tal efecto.

Donde no se disponga de pruebas de laboratorio especializadas para el estudio de la infección por VIH, una persona enferma se considerará caso de SIDA acorde con la clasificación de Caracas o sus actualizaciones posteriores, contenidas en normas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social.

Condiciones de riesgo: Serie de factores y cofactores del entorno bio-psico-social y cultural, que determinan o inciden en la vulnerabilidad de una persona, para infectarse con el VIH.

Conductas con riesgo: Acción o conjunto de acciones y actividades que asumen las personas, exponiéndose directamente a la probabilidad de infectarse con el VIH.

Confidencialidad: Reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.

Consentimiento informado: Manifestación libre y voluntaria, que da una persona por escrito luego de la consejería preprueba con el fin de realizarle el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH, el cual deberá consignarse en la historia clínica.

Consejería: Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el SIDA.

Contaminación: Presencia del VIH en objetos, productos y/o tejidos.

Discriminación: Amenaza o vulneración del derecho a la igualdad mediante actitudes o prácticas individuales o sociales, que afecten el respeto y la dignidad de la persona o grupo de personas y el desarrollo de sus actividades, por la sospecha o confirmación de estar infectadas por VIH.

Equipo de salud: Grupo interdisciplinario y multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria.

Estudio centinela: Investigación epidemiológica que mide la magnitud y la tendencia de la infección por VIH en grupos poblacionales específicos, utilizado para conocer indirectamente el comportamiento epidemiológico de la infección.

ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual): Enfermedades e infecciones producidas por determinados microorganismos, virus, hongos, bacterias y/o parásitos que se transmiten por vía sexual de una persona a otra.

Incidencia: Número de casos nuevos en un tiempo, población y lugar determinados.

Infección por el VIH: Presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el organismo de una persona, confirmada por prueba diagnóstica de laboratorio.

Inmunodeficiencia: Falla, daño o disminución del sistema inmunológico de una persona para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas, por diferentes causas.

Intimidad: Condición de la persona que le permite conservar su existencia con el mínimo de injerencia de los demás, para así lograr el libre y armónico desarrollo de su personalidad. Comprende tanto el respeto a la intimidad personal y familiar, como la facultad de defenderse de la divulgación de hechos privados, al permitir que la persona controle la información sobre sí misma.

Material biológico humano: Toda sustancia de origen humano como órganos, tejidos, secreciones y/o células, que esté libre o impregnada a otros materiales.

Medidas universales de bioseguridad: Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones, emitidas por entidades nacionales o internacionales de salud, adoptadas y/o expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o infección causado por agentes biológicos contaminantes.

Persona asintomática: Persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que no presenta síntomas, ni signos relacionados con el SIDA.

Persona infectada: Persona en cuyo organismo está presente el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), confirmado por prueba diagnóstica de laboratorio, con o sin síntomas.

Persona sintomática: Persona con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta manifestaciones clínicas propias del SIDA.

Prevalencia: Número de casos totales o acumulados durante el desarrollo de la epidemia en una población dada, en un tiempo determinado.

Prevención en el sistema integral de seguridad social: Entiéndase por prevención de la enfermedad o el accidente, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas inevitables.

Promoción en el sistema integral de seguridad social: Integración de las acciones realizadas por la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales individual y colectivamente.

Prueba diagnóstica presuntiva: Examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una persona, y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad.

Prueba diagnóstica suplementaria: Examen de laboratorio de alta especificidad aceptado por la autoridad competente, mediante el cual se confirma la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Seropositivo: Resultado de una prueba diagnóstica reactiva o positiva para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Seronegativo: Resultado de una prueba diagnóstica no reactiva o negativa para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

SIDA (Síndrome de Adquirida): Conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por el VIH.

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana): Retrovirus que es el agente causal del SIDA.

(Art. 2 del Decreto 1543 de 1997)

Capítulo 2
Diagnóstico y atención integral

Artículo 2.8.1.2.1 ***Del diagnóstico.*** Teniendo en cuenta los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es un acto propio del ejercicio de la medicina.

(Art. 3 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.2 ***Indicación de las pruebas diagnósticas***. Las pruebas de laboratorio para el apoyo diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) están indicadas con los siguientes propósitos:

a. Confirmación de sospecha clínica de la infección por VIH por parte de un profesional de la medicina, con el consentimiento informado de la persona;

b. Estudio de investigación del comportamiento epidemiológico de la infección por VIH;

c. Para atender la solicitud individual de la persona interesada;

d. Para descartar la presencia del VIH en material biológico humano.

Parágrafo. Los estudios de investigación a que se refiere el literal "b" del presente artículo, deberán ceñirse a lo estipulado en el Capítulo 4 del presente Título.

(Art. 4 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.3 ***Realización de pruebas diagnósticas.*** Las pruebas presuntiva y suplementaria de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) previa consejería, se realizarán en laboratorios públicos o privados que cumplan los requisitos y normas de calidad establecidas por la Red Nacional de Laboratorios.

(Art. 5 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.4 ***Entrega de resultados de las pruebas***. Los resultados de las pruebas para diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los de diagnóstico para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) deberán ser entregados al paciente por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud debidamente entrenada en consejería.

(Art. 6 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.5 ***Persona infectada por el VIH.*** Para todos los fines legales considérase que una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mientras permanezca asintomática no tiene la condición de enferma del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

(Art. 7 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.6 ***Obligación de la atención***. Ninguna persona que preste sus servicios en el área de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera una persona infectada, por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) asintomática o enferma del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), según asignación de responsabilidades por niveles de atención, so pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales; salvo las excepciones contempladas en la Ley 23 de 1981.

(Art. 8 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.7 ***Atención integral de la salud.*** La atención integral a las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con el criterio del equipo de salud y con sujeción a las normas técnico administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, podrá ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces, para mejorar la calidad de vida de la persona infectada.

Parágrafo. La familia y el grupo social de referencia, participarán activamente en el mantenimiento de la salud de las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en la recuperación de personas enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como en el proceso del bien morir de las personas en estado terminal.

(Art. 9 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.8 ***Actualización de las personas del equipo de salud.*** Las entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada sobre ETS, VIH y SIDA al personal, con el fin de mantenerlos actualizados en

conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos al respecto, con la obligación de hacer aplicación, seguimiento y evaluación de las mismas.

(Art. 10 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2.9 ***Preparación a la familia o responsables del paciente***. El equipo de salud capacitará a la persona responsable del paciente y a quienes conviven con éste para prestar la atención adecuada.

(Art. 11 del Decreto 1543 de 1997)

Capítulo 3
Promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad

Artículo 2.8.1.3.1. ***Promoción.*** La promoción de la salud, en el caso específico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), implicará el respeto por la autodeterminación de las personas en cuanto a sus hábitos y conductas sexuales.

(Art. 12 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.2. ***Prevención.*** La prevención en su más amplia acepción deberá garantizar:

a. Procesos de educación e información;

b. Servicios sociales y de salud;

c. Un ambiente de apoyo y tolerancia socia basado en el respeto a los derechos humanos.

(Art. 13 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.3. ***Intersectorialidad en promoción y prevención.*** La promoción y la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) serán impulsadas por todos los sectores y organismos nacionales, y por las entidades de carácter privado que presten protección integral en salud.

(Art. 14 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.4. ***Protocolos de atención integral en VIH/SIDA***. El Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados, expedirá las normas para la promoción, la prevención y asistencia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

(Art. 15 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.5. ***Educación para la salud sexual y reproductiva.*** El Ministerio de Educación Nacional a través de los proyectos de educación sexual, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, promoverá una sexualidad responsable, sana y ética en la niñez y la juventud. La educación sexual en las instituciones educativas se hará con la participación de toda la comunidad educativa haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el desarrollo de la autonomía, la autoestima, los valores de convivencia y la preservación de la salud sexual; factores que contribuyen a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

(Art. 16 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.6. ***Difusión de mensajes.*** El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, la Autoridad Nacional de Televisión, y Señal Radio Colombia adoptarán los mecanismos necesarios para que a través de los medios masivos de comunicación se emitan mensajes de promoción focalizados a poblaciones, específicas de la comunidad, tendientes a la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), los cuales podrán incluir el uso del condón, la educación en valores y la no discriminación hacia las personas que viven con el VIH y SIDA.

(Art. 17 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.7. ***Participación de la ONG.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, o la autoridad delegada, apoyará y coordinará la planeación y ejecución de acciones de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) tendientes a la formación de líderes en grupos poblacionales específicos para la promoción y la prevención sobre los diferentes aspectos de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

(Art. 18 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.8. ***Obligaciones de las EPS.*** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) estarán en la obligación de realizar acciones de promoción, prevención y asistencia, de conformidad con el artículo 179 de la Ley 100 de 1993.

(Art. 19 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.9. ***Información de casos***. En desarrollo del sistema de información epidemiológico, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas del sector salud, estarán obligadas a notificar los casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y defunción a causa de esta enfermedad, así como de otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), a las Direcciones Territoriales de Salud, so pena de ser sancionadas de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación de medidas sanitarias consagradas en el Código Penal. El secreto profesional no podrá ser invocado como impedimento para suministrar dicha información.

Parágrafo 1. La información sobre el nombre de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), gozará del amparo de reserva, deberá hacerse con sujeción a las disposiciones contempladas en el presente Título y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Para garantizar el derecho a la intimidad, la información epidemiológica es de carácter confidencial y se utilizará solo con fines sanitarios.

(Art. 20 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.10. ***Prohibición para realizar pruebas***. La exigencia de pruebas de laboratorio para determinar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) queda prohibida como requisito obligatorio para:

a. Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación;

b. Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma;

c. Ingresar o residenciarse en el país;

d. Acceder a servicios de salud;

e. Ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa.

(Art. 21 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.11. ***Realización de pruebas en los bancos de sangre y órganos***. Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, así como las demás entidades médico asistenciales que los reciban para fines de trasplantes, deberán realizar a sus donantes la prueba para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); igualmente los bancos de sangre y hemoderivados realizarán a las unidades de sangre donadas, las pruebas serológicas específicas para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Parágrafo. En estos casos las pruebas que realice el banco de sangre se limitarán al tamizaje e informarán el resultado correspondiente a las autoridades sanitarias competentes, cuando el donante de manera previa así lo hubiere autorizado.

(Art. 22 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.12. ***Bioseguridad.*** Las entidades públicas y privadas asistenciales de salud, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas, deberán:

a. Acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social;

b. Capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de bioseguridad;

c. Velar por la conservación de la salud de sus trabajadores;

d. Proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes con los riesgos existentes en los lugares de trabajo, sean estos reales o potenciales.

(Art. 23 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.13. ***Disponibilidad de condones.*** Los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, así como las droguerías y farmacias o similares, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones como una medida de prevención.

(Art. 24 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.14. ***Prohibición de la referencia en carnés.*** Sin perjuicio de las medidas sanitarias de carácter individual a que haya lugar y del derecho que toda persona tiene a obtener certificado de su estado de salud cuando lo considere conveniente, se prohíbe la exigencia de carné o certificado con referencia a Enfermedades de Transmisión Sexual, incluida la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

(Art. 25 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3.15. ***Vigilancia sobre las ONG.*** Las Organizaciones No Gubernamentales que presten servicios de cuidado, atención o tratamiento a personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), estarán sometidas a la inspección, vigilancia y control de las autoridades sanitarias de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Parágrafo. También estarán vigiladas las Organizaciones No Gubernamentales que presten estos servicios de Promoción y Prevención de Primer Nivel, a personas o grupos comunitarios.

(Art. 26 del Decreto 1543 de 1997)

Capítulo 4
Investigación

Artículo 2.8.1.4.1 ***Normas para la investigación terapéutica.*** En desarrollo del artículo 54 de la Ley 23 de 1981, la investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se sujetará a la Declaración de

Helsinki dictada por la Asociación Médica Mundial, hasta tanto se expidan disposiciones legales específicas sobre la materia.

Parágrafo. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Médica Mundial, y las disposiciones legales internas vigentes, se aplicarán las de la Legislación Colombiana.

(Art. 27 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.4.2 ***Estímulo a la investigación.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de sus organismos o comisiones especializadas, estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Parágrafo. Las investigaciones experimentales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), que involucren personas como sujetos directos del estudio, deberán ser aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o por las autoridades sanitarias delegadas; en los demás casos, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir metodologías, evaluar y hacer el seguimiento de los proyectos científicos correspondientes.

(Art. 28 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.4.3 ***Investigación epidemiológica.*** El procedimiento empleado en la investigación en Vigilancia Epidemiológica Centinela, encuestas de prevalencia, o en cualquier otro tipo de investigación, deberá garantizar el anonimato de las personas participantes.

(Art. 29 del Decreto 1543 de 1997)

Capítulo 5
Ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes

Artículo 2.8.1.5.1 ***Deberes de la comunidad.*** Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención.

(Art. 30 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.2 ***Deberes de las IPS y personas del equipo de salud.*** Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo, de acuerdo con los niveles de atención grados de complejidad que les

corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo dispuesto en el presente Título, y en las normas técnico administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 31 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.3 ***Deber de la confidencialidad.*** Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad.

(Art. 32 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.4 ***Historia clínica.*** La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona, como tal es un documento privado sometido a reserva, por lo tanto únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización de su titular o en los casos previstos por la ley

La historia pertenece a la persona y la institución cumple un deber de custodia y cuidado.

(Art. 33 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.5 ***Revelación del secreto profesional.*** Por razones de carácter sanitario, el médico tratante, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, podrá hacer la revelación del secreto profesional a:

a. La persona infectada en aquello que estrictamente le concierne y convenga;

b. Los familiares de la persona infectada si la revelación es útil al tratamiento;

c. Los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;

d. Los interesados por considerar que se encuentran en peligro de infección, al cónyuge, compañero permanente, pareja sexual o a su descendencia;

e. Las autoridades judiciales o de salud competentes en los casos previstos por la ley.

Parágrafo 1. El médico tratante podrá delegar en la persona encargada de la consejería al interior del equipo de salud, la revelación del secreto profesional, la responsabilidad será solidaria.

Parágrafo 2. En los casos contemplados en los literales, a, b, c, y d, del presente artículo, el secreto profesional se revelará a la persona interesada previa consejería.

(Art. 34 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.6 ***Situación laboral***. Los servidores públicos y trabajadores privados no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En todo caso se garantizarán los derechos de los trabajadores de acuerdo con las disposiciones legales de carácter laboral correspondientes.

Parágrafo 1. Quienes decidan voluntariamente comunicar su estado de infección a su empleador, éste deberá brindar las oportunidades y garantías laborales de acuerdo a su capacidad para reubicarles en caso de ser necesario, conservando su condición laboral.

Parágrafo 2. El hecho de que una persona esté infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o haya desarrollado alguna enfermedad asociada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no será causal de despido sin perjuicio de que conforme al vínculo laboral, se apliquen las disposiciones respectivas relacionadas al reconocimiento de la pensión de invalidez por pérdida de la capacidad laboral.

(Art. 35 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.7 ***Deber de informar.*** Para poder garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia, la persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o que haya desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y conozca tal situación, está obligada a informar dicho evento a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial.

(Art. 36 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.8 ***Derecho al consentimiento informado***. La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, solo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente Título.

(Art. 37 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.9 ***Personas privadas de la libertad***. Las personas privadas de la libertad no podrán ser obligadas a someterse a pruebas de laboratorio para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

(Art. 38 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.10 ***La no discriminación***. A las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a sus hijos y demás familiares, no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos, públicos o privados, asistenciales o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma, ni serán discriminados por ningún motivo.

(Art. 39 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.11 ***Prohibición de pruebas diagnósticas para la cobertura de servicios.*** Por ser la salud un bien de interés público y un derecho fundamental, las entidades de medicina prepagada, aseguradoras, promotoras o prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas, no podrán exigir pruebas diagnósticas de laboratorio para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección. La condición de persona infectada por no corresponder a la noción de enferma, no podrá considerarse como una condición patológica preexistente, tampoco se podrán incluir cláusulas de exclusión.

(Art. 40 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.12 ***Deber de no infectar.*** La persona informada de su condición de portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas.

(Art. 41 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.13 ***Derecho a la promoción, prevención y educación en salud.*** Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción, prevención y conservación de su salud personal y la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, salud mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, especialmente las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

(Art. 42 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.14 ***Derecho a la información sobre el estado de salud.*** Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales; que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve; y a que por sí misma, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o disminución de la capacidad, acepten o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia por escrito de su decisión.

(Art. 43 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.15 ***Derecho a morir dignamente.*** Toda persona tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural, en la fase terminal de la enfermedad, por lo tanto si el paciente lo permite el equipo de salud deberá otorgarle los cuidados paliativos que sean posibles hasta el último momento.

(Art. 44 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.16 ***Inhumación o cremación.*** Las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en cualquier momento de su infección, o los responsables de esta después de su muerte, podrán decidir libremente la inhumación o cremación del cadáver, por no existir riesgo de orden sanitario que comporte situaciones de peligro para la salud comunitaria, en cualquiera de tales eventos.

(Art. 45 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5.17 ***Propagación de la epidemia.*** Las personas que incumplan los deberes consagrados en los artículos 2.8.1.5.7 y 2.8.1.5.12 del presente decreto, podrán ser denunciadas para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia, violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal.

(Art. 55 del Decreto 1543 de 1997)

TÍTULO 2
ENFERMEDAD DE HANSEN – LEPRA

Artículo 2.8.2.1 ***Requisitos para los auxilios.*** Para que los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación procedan a girar los auxilios a que se refieren las Leyes 148 de 1961 y 14 de 1964, los beneficiarios deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a. Presentar una solicitud por escrito, ante el director del Sanatorio;
b. Adjuntar copia de la resolución que concede el subsidio;
c. Presentar el certificado de control expedido por el organismo donde el beneficiario de encuentre inscrito.

(Art. 2 del Decreto 802 de 1976)

Artículo 2.8.2.2 ***Cobro.*** Los beneficiados seguirán cobrando el valor de los subsidios en las Secretarías de Salud o la entidad que haga sus veces de sus municipios de residencia.

(Art. 4 del Decreto 2954 de 1978)

Artículo 2.8.2.3 ***Subsidios limitados por el cupo disponible.*** Los derechos consagrados por el presente Título estarán limitados en todo tiempo al cupo disponible, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8 de la Ley 14 de 1964.

(Art. 3 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.8.2.4 ***Orden en el otorgamiento de los subsidios.*** En caso de haber cupo sobrante, se concederá a enfermos de lepra con incapacidades menores o sin incapacidades, de acuerdo con el grado de incapacidad o invalidez,

definido por la Junta o entidad competente, según lo previsto en el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente.

(Art. 4 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.8.2.5 ***Pérdida del derecho al subsidio por no asistencia a recibir atención en salud.*** El enfermo de lepra subsidiado que durante un año no asista a recibir atención de la unidad de salud en donde se encuentre inscrito para control y tratamiento, pierde el derecho al subsidio de que tratan los artículos 5 de la Ley 148 de 1961 y 1 de la Ley 14 de 1964.

(Art. 1 del Decreto 2954 de 1978)

Artículo 2.8.2.6 ***Pérdida del derecho al subsidio por su no cobro.*** El enfermo de lepra subsidiado que durante un año deje de cobrar el subsidio, pierde el derecho a éste y a las cantidades no cobradas.

(Art. 2 del Decreto 2954 de 1978)

Artículo 2.8.2.7 ***Subsidios dejados de cobrar.*** Los subsidios dejados de cobrar se otorgarán por medio de resolución del Ministerio de Salud y Protección Social, a nuevos enfermos que reúnan los requisitos establecidos por las normas pertinentes.

(Art. 3 del Decreto 2954 de 1978)

TÍTULO 3
POBLACIÓN INFANTIL

Artículo 2.8.3.1 ***Cobertura en mortalidad infantil.*** Se entiende por cobertura en mortalidad infantil el logro o mantenimiento de las metas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales serán siempre equivalentes. Esta cobertura será certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Los departamentos, distritos y municipios con un indicador de mortalidad infantil menor que la meta definida en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud Pública, deben mantenerla o reducirla, para cumplir con dicha cobertura.

Los departamentos, distritos y municipios con un indicador de mortalidad infantil mayor que la meta definida en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud Pública deben lograr anualmente el cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad infantil. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará las metas para cada entidad territorial asegurándose que las metas del Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud se logren.

(Art. 2 del Decreto 3510 de 2009)

Artículo 2.8.3.2 ***Vacunas de menores de 5 años.*** Las autoridades de las instituciones educativas y los responsables y cuidadores de los establecimientos de bienestar, de carácter público o privado, deberán velar porque todos los menores de cinco (5) años que asistan a sus establecimientos, hayan completado las vacunas que corresponden a su edad, de conformidad con el esquema de vacunación establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Para tal efecto deberán exigir la presentación del Carné de Salud Infantil, adoptado mediante la Resolución 1535 de 2002 del hoy Ministerio de Salud y Protección Social, en el momento de la matrícula en la institución educativa o de su ingreso al establecimiento de bienestar, o a más tardar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes y posteriormente cada año hasta cumplir los cinco (5) años.

Parágrafo 1. La vacunación según el esquema establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, es gratuita y tiene carácter obligatorio. Corresponde a las EPS, Entidades Adaptadas, transformadas y de regímenes de excepción y Entidades Territoriales de Salud, garantizar a la población bajo su responsabilidad, de conformidad con las competencias establecidas en las disposiciones legales vigentes según sea el caso, la prestación de este servicio con la calidad y la oportunidad requerida. Igualmente, será responsabilidad de las Entidades Territoriales de Salud, a través de las IPS públicas, la vacunación de la población menor no asegurada.

Parágrafo 2. Los establecimientos educativos y de bienestar, deberán notificar a los padres o tutores cuando el niño o la niña no tengan el Carné de Salud Infantil o cuando su esquema de vacunación para su edad esté incompleto, con objeto de que procedan a su vacunación. Si vencido el término previsto no se ha cumplido con esta obligación, las autoridades o responsables del establecimiento deberán notificar formalmente a la Dirección Local de Salud, o en su defecto a la Alcaldía Municipal o Distrital, para que en un tiempo no menor a quince (15) días hábiles se garantice el cumplimiento de este derecho.

(Art. 1 del Decreto 2287 de 2003)

Artículo 2.8.3.3 ***Vigilancia, seguimiento y control.*** Corresponde a las Secretarías de Educación, o quien ejerza sus funciones en el municipio o distrito y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, según sea el caso, verificar permanentemente el cumplimiento de lo establecido en el presente Título en los establecimientos educativos o de bienestar de su jurisdicción, y reportar semestralmente esta información a la Dirección Local de Salud o quien ejerza sus funciones en el municipio o distrito respectivo.

Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud presentarán a la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, un informe consolidado anual del seguimiento al cumplimiento del presente Título.

Parágrafo. En caso de incumplimiento de lo establecido en el presente Título, las Direcciones Territoriales de Salud, o quien ejerza sus funciones, deberán dar traslado a las autoridades de control correspondientes.

(Art. 2 del Decreto 2287 de 2003)

TÍTULO 4
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS

Artículo 2.8.4.1 ***Objeto***. El presente Título tiene por objeto establecer las condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, definidas en el artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011, con el fin de disponer de la información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento de la gestión de las entidades responsables de su atención, evaluar el estado de implementación y desarrollo de la política de atención en salud de quienes las padecen y su impacto en el territorio nacional.

(Art. 1 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.2 ***Ámbito de Aplicación.*** Las disposiciones del presente Título serán de aplicación y obligatorio cumplimiento por parte las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

(Art. 2 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.3 ***Entidades responsables del reporte de información.*** Para la recopilación y consolidación de la información del sistema nacional de pacientes que padecen enfermedades huérfanas, las Entidades Promotoras de Salud, entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, deberán presentar la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, en los instrumentos y bajo los procedimientos que para tal efecto este defina, quien además podrá establecer fases para la recopilación y consolidación progresiva de la información, contenidos, estructura, fechas de corte y periodicidad del reporte.

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas remitirán a las Entidades Promotoras de Salud, a las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y a las Direcciones Municipales y Distritales de Salud, la información correspondiente a este tipo de enfermedades.

Parágrafo 2. Las Direcciones Municipales de Salud que tengan a su cargo la prestación de los servicios de salud de personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que se les diagnostique una enfermedad huérfana, remitirán dicha información a las Direcciones Departamentales de Salud, con el objeto de que estas consoliden y remitan al Ministerio de Salud y Protección Social la información correspondiente a su jurisdicción.

Parágrafo 3. Las Entidades Promotoras de Salud, entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, deberán establecer las acciones necesarias para que los pacientes, familiares y cuidadores de personas que padecen enfermedades raras exijan su inscripción en el registro.

(Art. 3 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.4 ***Fases para la recopilación y consolidación de la información.*** Por tratarse de enfermedades de interés en salud pública, la fase inicial para la recopilación y consolidación de la información, consistente en el censo de pacientes que comprende entre otros, la recepción y validación de datos al momento de reporte y cruce entre entidades, se realizará por única vez a través del organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, regulada en los artículos 2.6.1.5.1 a 2.6.1.5.12 del presente decreto. De igual manera, dicho organismo de administración, adelantará la interventoría a la auditoría que realice el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se contrate para el efecto.

En una segunda fase y una vez concluido el censo inicial, los nuevos pacientes que sean diagnosticados se reportarán al Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, de acuerdo con las fichas y procedimientos que para tal fin se definan.

(Art. 4 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.5 ***Fuentes de Información.*** El censo inicial de pacientes será incorporado al Sistema Integral de Información de la Protección Social-Sispro y el registro nacional de pacientes que padecen enfermedades huérfanas será generado a partir del cruce de todas las fuentes de información disponibles en el Sispro y deberá contener como mínimo, la identificación de los pacientes, su calidad de afiliado o no afiliado; la respectiva patología y su estado de discapacidad, en caso de existir; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud donde está siendo tratado; los servicios y medicamentos que recibe; los costos de la atención mensual, y el médico tratante principal.

(Art. 5 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.6 ***Certificación de veracidad de la información.*** El representante legal de la respectiva Entidad Promotora de Salud, entidad del régimen de excepción o de la Dirección Territorial de Salud, certificará la veracidad de la información que reporta mediante comunicación que acompañe el medio magnético o por transferencia electrónica de remisión de la misma, de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. En dicha comunicación deberá especificar las características y propiedades de los archivos remitidos.

(Art. 6 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.7 ***Validaciones y auditoria de la información.*** La información reportada por las Entidades Promotoras de Salud, entidades del régimen de excepción y las Direcciones Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, será objeto de las validaciones que determine el Ministerio de Salud y

Protección Social, entre otras, las dirigidas a verificar la afiliación y derechos de cada uno de los pacientes, los costos asociados al paciente en cada una de las patologías y alternativas terapéuticas, la confirmación diagnóstica y la calidad de la información reportada, con el fin de detectar y corregir duplicaciones e inconsistencias en la información. Esta auditoría podrá ser contratada por el Ministerio de Salud y Protección Social con empresas especializadas en la materia, de acuerdo con las normas de contratación vigentes.

(Art. 7 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.8 ***Reserva en el manejo de la información.*** Los organismos de dirección, vigilancia y control y los obligados a mantener y reportar la información a que se refiere el presente Título, así como quienes se encuentren autorizados para su procesamiento, deberán observar la reserva con que aquella debe manejarse y utilizarla única y exclusivamente para los propósitos del registro nacional de pacientes que padecen enfermedades huérfanas dentro de sus respectivas competencias.

(Art. 8 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.9 ***Obligatoriedad del reporte de la información para acceder a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga.*** El reporte integral y oportuno de la información por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, en los plazos y procedimientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, será de carácter obligatorio y se constituirá en requisito para acceder a los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), por prestaciones de salud para estas enfermedades que no se encuentren incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo.

Así mismo, para el pago excepcional de las prestaciones de salud no incluidas en el plan de beneficios con los recursos excedentes de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT del Fosyga prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el marco de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 1392 de 2010, las entidades territoriales deberán acreditar el cumplimiento del reporte oportuno de la información de que trata el presente Título en condiciones de calidad e integralidad y será requisito para acceder a tales recursos.

(Art. 9 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.8.4.10 ***Obligatoriedad y divulgación.*** Corresponde a las Direcciones de Salud, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir en su respectiva jurisdicción las disposiciones establecidas en el presente Título y efectuar su divulgación para el cabal cumplimiento de su objeto.

Cuando las Entidades Promotoras de Salud, entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud no remitan la información en los términos y plazos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, se informará a los organismos de vigilancia y control correspondientes para que se adelanten las acciones a que haya lugar.

(Art. 10 del Decreto 1954 de 2012)

TÍTULO 5
INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZOONOSIS

Capítulo 1
Disposiciones Generales

Artículo 2.8.5.1.1 ***Carácter de las disposiciones.*** De conformidad con los artículos 594 y 597 de la Ley 09 de 1979, la salud es un bien de interés público. En consecuencia, son de orden público las disposiciones del presente Título mediante las cuales se regulan las actividades relacionadas con la investigación, prevención y control de la Zoonosis.

(Art. 1 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.2 ***Definiciones.*** Para los efectos del presente Título adóptanse las siguientes definiciones:

Agente infeccioso: Todo organismo capaz de producir una infección, tales como los virus, bacterias, hongos o parásitos.

Aislamiento: La separación de personas o animales infectados, durante el período de transmisibilidad de una enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas o animales susceptibles o que puedan transmitir la enfermedad a otros.

Animales domésticos: Aquellos semovientes de las especies bovina, porcina, ovina, equina, asnal, mular, caprina y canina que, en condiciones normales, puedan convivir con el hombre.

Área cuarentenada: Territorio que, por razones sanitarias, debe cumplir con requisitos especiales para que las personas, los animales, plantas y objetos inanimados que se encuentren dentro del mismo puedan movilizarse fuera del área afectada.

Brote: Aparición o aumento brusco de una enfermedad en una población limitada, en un tiempo corto y que sobrepasa excesivamente la incidencia esperada.

Contacto: Persona o animal que por una relación con otra persona, animal o ambiente contaminados por un agente infeccioso, se ha colocado en condiciones de contraer una infección.

Contaminación biológica: Consiste en que se dé la presencia de un agente infeccioso en el cuerpo de personas o animales, en las plantas, alimentos y objetos inanimados.

Control de Zoonosis: Las medidas destinadas a evitar que los agentes infecciosos presentes en personas o animales infectados y en su medio ambiente, contaminen a otras personas, o a otros animales, diseminando así la enfermedad

Cuarentena ordinaria: Período de aislamiento a que son sometidos personas, animales o plantas, para observación por orden de las autoridades sanitarias, con el objeto de aplicar, como consecuencia, las medidas sanitarias a que haya lugar para impedir la propagación de una enfermedad.

Cuarentena completa: Es la restricción del movimiento a que son sometidos personas, animales o plantas que han estado expuestos al contagio de una enfermedad transmisible, durante un período de tiempo que no exceda del que habitualmente se considera el más prolongado para la incubación de la enfermedad, para observación y aplicación de las medidas sanitarias a que haya lugar, para evitar que los mismos entren en contacto con personas, animales, plantas u objetos inanimados que no hayan sido contaminados.

Cuarentena modificada: Es la restricción selectiva y parcial a que son sometidos en situaciones especiales, personas, animales o plantas, teniendo en cuenta generalmente su grado de susceptibilidad, conocida o supuesta, para observación y aplicación de las medidas sanitarias a que haya lugar. Se aplica también en casos de peligro de transmisión de enfermedades.

Desinfección: Destrucción de agentes infecciosos que se encuentran en el medio ambiente, por medio de la aplicación directa de medios físicos o químicos.

Desinfestación: Consiste en la operación de procesos físicos, químicos o biológicos de carácter sanitario por medio de los cuales se eliminan los artrópodos y roedores, que se encuentren en la parte externa del cuerpo de personas o animales, así como en el medio ambiente.

Desinfectación: Operación sanitarias practicadas para eliminar insectos vectores de enfermedades en el hombre, en los animales y, en general, en el medio ambiente.

Desnaturalizar: Operación consistente en variar la forma, tamaño, propiedades organolépticas y en general las condiciones de una cosa, con el fin de inutilizarla y evitar que pueda llegar a causar daños o molestias desde el punto de vista sanitario.

Denuncia: Información verbal o escrita dada a la autoridad sanitaria sobre cualquier caso de enfermedad contagiosa, o sobre la violación de las disposiciones de carácter sanitarios.

Endemia: Ocurrencia habitual de una enfermedad, en una zona determinada.

Enfermedad exótica: Cualquier enfermedad no detectada en un territorio, y que generalmente aparece de una manera súbita.

Enfermedades transmisibles: Aquellas que por su naturaleza, generalmente de tipo infeccioso, pueden ser transmitidas a personas, animales o plantas.

Epidemia.: Aumento inusitado de una enfermedad transmisible o no, aguda o crónica, o de algún evento en salud humana, que sobrepasa claramente la incidencia normal esperada, en un tiempo y lugar determinados.

Epizottia: Aumento inusitado de una enfermedad transmisible o no, aguda o crónica, o de algún evento en salud animal, que sobrepasa claramente la incidencia normal esperada, en un tiempo y lugar determinados.

Epizoodemia: Epidemia y Epizootia que se presentan simultáneamente.

Estado inmunitario: La mayor o menor resistencia biológica de las personas y de los animales frente a las enfermedades, la cual resulta de diversos factores condicionantes, determinados o de riesgo.

Evento en salud: Conjunto de sucesos, factores o enfermedades y circunstancias capaces de modificar el nivel de salud en personas y animales.

Factores condicionantes, determinantes o de riesgo: Componentes físicos, químicos, biológicos, psicológicos o sociales que pueden ser causa o coadyuvantes de una enfermedad u otro evento en salud.

Fuente de infección: Persona, animal, objeto o sustancia de la cual el agente infeccioso pasa directamente a un huésped.

Huésped u hospedero: Persona o animal que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

Huésped definitivo: Persona o animal dentro del cual se aloja y se produce un agente infeccioso, pudiendo desarrollar o no una enfermedad.

Huésped intermediario: Persona o animal dentro del cual se efectúa parte del ciclo vital de un agente infeccioso.

Infección: Entrada y desarrollo de multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o animal.

Infestación: Presencia de artrópodos en la parte externa de personas, animales o plantas y de aquellos o de roedores en el medio ambiente.

Incineración: Procedimiento sanitario para convertir en ceniza materia orgánica e inorgánica.

Indemnización: Resarcimiento de un daño o perjuicio causado.

Inspección sanitaria: Examen practicado a personas, animales o cosas con el fin de identificar sus condiciones sanitarias mediante el reconocimiento o constatación de enfermedades o de la presencia de gérmenes o sustancias nocivas para la salud humana o animal, así como para comprobar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias.

Morbilidad: Fenómeno resultante de la frecuencia del evento enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados.

Mortalidad: Fenómeno resultante de la frecuencia del evento muerte, en una población, lugar y tiempo determinados.

Notificación de una enfermedad: Es la comunicación oficial dada a la autoridad sanitaria correspondiente, sobre la existencia de cualquier tipo de enfermedad transmisible o no.

Portador: Persona o animal que alberga el agente específico de una enfermedad, con o sin síntomas clínicos de esta, y que puede, por lo mismo, constituirse en una fuente potencial de infección para el hombre o animales.

Prueba diagnóstica: Examen, comprobación o experiencia que tiene por objeto reconocer la existencia de una sustancia, lesión, microorganismo o enfermedad.

Reservorio de agente infeccioso: Toda persona, animal, planta o materia inanimada en donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso y del cual depende para su supervivencia, pudiendo transmitirse a un huésped o a un vector susceptible.

Salvoconducto o guía sanitaria de movilización: Permiso expedido por la autoridad sanitaria competente, previo el lleno de requisitos especiales, para movilizar o permitir el tránsito de personas, animales o cosas.

Segregación: Separación de un grupo de personas o animales de los demás de su misma especie, con el fin de ejercer una vigilancia u observación especial de carácter sanitario que facilite el control de una enfermedad transmisible.

Sospechoso: Persona o animal cuyas condiciones clínicas indican que probablemente padece alguna enfermedad transmisible o la está incubando.

Susceptible: Toda persona o animal que se supone no posee resistencia contra un agente patógeno determinado y, por lo tanto, está expuesta contraer la enfermedad en caso de contacto con el mismo.

Vector: Insecto capaz de transmitir un agente infeccioso.

Vector Biológico: Insecto en cuyo organismo un agente infeccioso se multiplica o cumple su desarrollo cíclico, o ambos, permitiendo así la transmisión de la forma infectante del agente al hombre o a los animales.

Vector mecánico: Insecto capaz de transmitir un agente infeccioso, sin que éste se multiplique o desarrolle en el organismo de aquel.

Vehículo: Medio inanimado como el agua, el aire o los alimentos, por medio del cual un agente infeccioso llega al hombre o a los animales.

Vigilancia epidemiológica: Proceso regular y continuo de observación e investigación de las principales características y componentes de la morbilidad, y

otros eventos en salud, basado en la recolección, procesamiento, análisis y divulgación de la información epidemiológica

Vigilancia personal: Práctica especial de supervisión y vigilancia sanitaria que se hace a las personas y animales que hayan estado en contacto con las personas o animales enfermos, con el fin de hacer un diagnóstico rápido de su enfermedad, pero sin restringirles su libertad de movimiento.

Zoonosis: Enfermedad que en condiciones naturales, se transmite de los animales vertebrados al hombre o viceversa.

(Art. 2 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.3 ***Disposiciones Complementarias.*** Las disposiciones adicionales o complementarias que en desarrollo del presente Título o con fundamento en la ley sean necesarias en materia de zoonosis, serán dictadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y previa consulta con los organismos especializados.

(Art. 3 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.4 ***Aplicación de las disposiciones.*** Al Ministerio de Salud y Protección Social, los organismos del Sistema Nacional de Salud, al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y sus entidades adscritas y vinculadas corresponde hacer cumplir las disposiciones del presente Título y demás normas complementarias sobre zoonosis.

(Art. 4 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.5 ***Autoridades Sanitarias Competentes.*** Para los efectos del presente Título, distínguense las siguientes autoridades sanitarias competentes para adelantar investigación, prevención y control en materia de zoonosis.

a. Las del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya competencia es prioritaria en el campo de las zoonosis que producen o pueden producir impacto en la salud humana, según la identificación que se hace en los artículos 2.8.5.2.1 a 2.8.5.2.14 del presente decreto. Estas autoridades actuarán en sus diferentes niveles por mandato de este Título, sus acciones deberán ser coordinadas con las correspondientes autoridades del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y sus entidades adscritas y vinculadas con el fin de que puedan ejercer sus competencias propias.

b) Las del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y sus entidades adscritas y vinculadas cuya competencia es prioritaria en el campo de las zoonosis que básicamente producen o pueden producir impacto en el sector pecuario. Estas autoridades actuarán en sus diferentes niveles, en coordinación con las correspondientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de que puedan ejercer competencias propias.

(Art. 5 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.6 ***Establecimientos de centros de zoonosis.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá Centros de Zoonosis en cada capital de departamento y, cuando quiera que lo considere conveniente, a nivel regional o local.

Parágrafo. Los "Centros Antirrábicos" de carácter oficial que actualmente funcionan en el país, en delante se denominarán "Centros de Zoonosis".

(Art. 6 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.7 ***Funciones de los centros de zoonosis.*** Las funciones básicas de los Centros de Zoonosis serán las de vigilancia, diagnóstico, prevención y control de las zoonosis, en los términos del presente Título y sus disposiciones complementarias.

(Art. 7 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.8 ***Normas de funcionamiento de los centros de zoonosis.*** El Ministerio de Salud y Protección Social dictará las normas técnicas y administrativas necesarias para el funcionamiento de los centros de Zoonosis en el territorio nacional.

(Art. 8 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.1.9 ***Control de zoonosis.*** La organización general para el control de la zoonosis en todo el territorio nacional, estará a cargo de los Ministerios de Salud y Protección Social y Agricultura y Desarrollo Rural conjuntamente, los cuales ejercerán dicho control mediante el establecimiento de "Consejos para el Control de Zoonosis".

(Art. 9 del Decreto 2257 de 1986)

Capítulo 2
Vigilancia, prevención y control

Artículo 2.8.5.2.1 ***La vigilancia epidemiológica en zoonosis.*** La vigilancia epidemiológica en zoonosis estará basada en la información que suministre el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, así como en la procedente de los Servicios de Sanidad Animal y de Diagnóstico del Instituto Colombiano Agropecuario.

(Art. 14 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.2 ***La información en materia de zoonosis.*** La información en materia de zoonosis tiene por objeto actualizar el diagnóstico y divulgar el conocimiento de la situación de salud, tanto en las personas como en los animales, con el fin de que las autoridades sanitarias tomen medidas conducentes para el control de las zoonosis.

(Art. 15 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.3 ***Obligación de suministrar información.*** El suministro de información sobre zoonosis, es obligatorio para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio Nacional, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad señalados en el presente Título.

(Art. 16 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.4 ***Métodos de investigación epidemiológica.*** En el proceso de investigación para la información epidemiológica de la zoonosis, fitozoonosis e intoxicaciones, así como sobre cualquier otra enfermedad, se tendrán en cuenta los métodos de la investigación epidemiológica y científica, a saber: Descriptivo, analítico y experimental, de acuerdo con las necesidades y recursos disponibles.

(Art. 17 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.5 ***Carácter de la información en zoonosis.*** La información epidemiológica en zoonosis es de carácter confidencial y solo podrá ser utilizada con propósitos sanitarios. El secreto profesional no podrá considerarse como impedimento para suministrar dicha información.

(Art. 18 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.6 ***Investigaciones en materia de zoonosis.*** Para adelantar investigaciones en materia de zoonosis y para utilizar información epidemiológica con diferentes fines se requiere permiso de las autoridades sanitarias competentes, de conformidad con el artículo 2.8.5.1.5 del presente decreto.

(Art. 19 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.7 ***Divulgación en materia de zoonosis.*** Para la divulgación a la comunidad de las situaciones epidemiológicas en materia de zoonosis, los funcionarlos responsables deberán ceñirse a las normas que señale el Ministerio de Salud y Protección Social y a las regulaciones del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

(Art. 20 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.8 ***Forma de divulgación en materia de zoonosis.*** La divulgación técnico científica de la investigación epidemiológica podrá efectuarse por los responsables de la información en zoonosis, a través de publicaciones especializadas o de documentos editados con tal fin.

(Art. 21 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.9 ***Procesamiento de la información en materia de zoonosis.*** La información epidemiológica en zoonosis producida por los Laboratorios de Diagnóstico Veterinario del Instituto Colombiano Agropecuario, será remitida a la Subdirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud y Protección Social para su consolidación final y análisis a nivel nacional, con el objeto de que se

tomen las medidas sanitarias a que haya lugar. A su vez el acopio final de la información se suministrará al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural e Instituto Colombiano Agropecuario.

(Art. 23 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.10 ***Obligación de tener índices endémicos de zoonosis.*** Las entidades territoriales de Salud y las regionales del Instituto Colombiano Agropecuario deberán elaborar, actualizar y analizar los índices endémicos de las zoonosis señaladas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 24 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.11 ***Mapas epidemiológicos de las zoonosis.*** Las autoridades sanitarias responsables en los diferentes niveles de la Vigilancia Epidemiológica en Zoonosis, elaborarán mapas epidemiológicos de las zoonosis a que se refiere el artículo anterior y los mantendrán actualizados.

(Art. 25 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.12 ***Proceso de desarrollo de la información.*** La información epidemiológica en zoonosis se desarrolla mediante la aplicación del siguiente proceso:

-Producción del dato: Comprende todas las actividades conducentes al conocimiento de las enfermedades y otros eventos en salud, con el mayor grado de precisión posible.

-Registro y consolidación: Consiste en inscribir en formularios apropiados los datos obtenidos, y en la concentración y resumen adecuado de los mismos, por áreas y en períodos de tiempo.

-Notificación: Se refiere a las actividades de transmisión y comunicación de los datos de un nivel de atención a otro dentro de las estructuras del Sistema General de Seguridad Social ~~Nacional de~~ en Salud y del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y sus institutos adscritos, de conformidad con el presente Título.

-Presentación: Hacen relación con todas las actividades relativas al procesamiento y diagramación de datos para facilitar el análisis posterior.

-Análisis: Es la fase de comparación, estimación y ubicación del significado de las datos dentro de la técnica y conocimientos epidemiológicos.

-Divulgación: Consiste en dar a conocer los resultados de la investigación; se utiliza para ejecutar acciones de prevención y control.

(Art. 26 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.13 ***Variables epidemiológicas para notificar los casos de zoonosis.*** Las variables epidemiológicas básicas para la notificación de casos de zoonosis son:

a) En el hombre:
-Edad.
-Sexo.
-Localización.
-Procedencia.

b) En los animales:
-Edad.
-Especie.
-Sexo.
-Localización.
-Procedencia.
(Art. 27 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.14 ***Zoonosis que deben notificarse por periodos epidemiológicos.*** Las siguientes zoonosis deberán notificarse por períodos epidemiológicos:

-Brucelosis.
-Cisticercosis.
-Clostridiosis.
-Encefalitis equina.
-Fiebre amarilla.
-Hidatidosis.
-Leishmaniasis.
-Leptospirosis.
-Rabia.
-Sarna.
-Toxoplasmosis.
-Triquiniasis.
-Tuberculosis animal.
-Tripanosomiasis.

Parágrafo 1. Las zoonosis indicadas en el presente artículo que llegaren a presentarse en el hombre, se notificarán utilizando el formulario de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, programada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las que presenten en animales se notificarán por los medios establecidos por el Instituto Colombiano Agropecuario.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá modificar la lista de zoonosis incluida en el presente artículo e indicar aquellas que requieran notificación inmediata.

(Art. 28 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.15 ***Formas de transmisión de las zoonosis.*** Para la prevención, diagnóstico y control de las zoonosis, las autoridades sanitarias competentes tendrán en cuenta sus formas de transmisión, tales como: A través de alimentos, por contacto, por vectores o vehículos, y las condiciones de

vulnerabilidad determinadas por factores de inmunoprevención, saneamiento del medio ambiente o tratamiento quimioterapéutico.

(Art. 29 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.16 ***Medidas para personas que laboran en control de zoonosis.*** Toda persona que labore en laboratorios de diagnóstico, así como en programas de control de zoonosis o en la elaboración de productos biológicos, deberá contar con los elementos de seguridad indispensables y estar inmunizada contra aquellas zoonosis a las cuales se halla expuesta por la naturaleza de su trabajo.

(Art. 30 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.17 ***Medidas para personas que trabajan en manejo de animales.*** Las personas que trabajen en explotaciones pecuarias, criaderos de animales y cualesquiera otro tipo de establecimientos o actividades en donde haya manejo de animales, deberán estar dotados de equipo adecuado para su protección y someterse a pruebas, exámenes y vacunación, según el riesgo sanitario a que estén expuestas, de acuerdo con las clasificaciones específicas que para el efecto señale el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

(Art. 31 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.18 ***Prohibición en caso de zoonosis.*** Ninguna persona portadora de zoonosis podrá desempeñar labores que impliquen riesgos para la salud de la comunidad. Quienes desarrollen actividades en condiciones que representen peligro para la adquisición de zoonosis inmunoprevenibles, deberán someterse a vacunación obligatoria.

Las autoridades sanitarias competentes tomarán las medidas preventivas que consideren convenientes cuando quiera que sospechen o comprueben que una persona o animal es portador de zoonosis.

La autoridad sanitaria competente tomará las medidas preventivas del caso cuando se trate de exhibir animales en espectáculos públicos, tales como circos o zoológicos.

(Art. 32 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.19 ***Obligaciones de vacunar los animales domésticos.*** En las condiciones de edad, periodicidad y demás que señalen los Ministerios de Salud y Protección Social y de Agricultura y Desarrollo Rural, según el caso, es obligatoria la vacunación de animales domésticos contra las zoonosis inmunoprevenibles.

(Art. 33 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.20 ***Prohibición para la venta pública de animales en las vías públicas.*** Queda prohibida la venta, canje o comercialización de cualquier tipo de animal en las vías públicas y solo podrá hacerse en establecimientos, lugares,

plazas y ferias debidamente habilitados para tal fin, y cuando quiera que cumplan con las condiciones sanitarias y ambientales, según el caso, descritas por la ley y la normativa vigente sobre la materia.

(Art. 34 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.21 ***Determinación de zoonosis exóticas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, determinará las zoonosis exóticas para el país y señalará las medidas necesarias para evitar su introducción al territorio nacional.

(Art. 35 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.22 ***Responsabilidad para practicar diagnostico en zoonosis.*** Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Agricultura y Desarrollo Rural con sujeción a sus competencias propias, garantizarán la práctica del diagnóstico en zoonosis por laboratorio hasta donde lo permitan la disponibilidad y complejidad de las técnicas y métodos de diagnóstico de laboratorio, así como los recursos para este fin.

(Art. 36 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.23 ***Los métodos de diagnóstico y el sistema nacional de referencia.*** Para los efectos del artículo anterior la unificación de las técnicas y métodos de diagnóstico en zoonosis por laboratorio estarán a cargo del Sistema Nacional de Referencia establecido en el Título VII de la Ley 09 de 1979 y sus disposiciones reglamentarias sobre la materia, así como los mecanismos que establezca el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

(Art. 37 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.24 ***Capacitación del personal para el diagnóstico.*** El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud en coordinación con el Instituto Colombiano Agropecuario, deberá dar capacitación al personal responsable del diagnóstico de zoonosis, sobre las técnicas, normas y procedimientos establecidos o que se establezcan en desarrollo del artículo anterior.

(Art. 38 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.25 ***Tratamiento de muestras sospechosas de zoonosis.*** Las autoridades sanitarias enviarán las muestras sospechosas de zoonosis a los laboratorios oficiales de diagnóstico vinculados al Sistema Nacional de Referencia y éstos procederán en forma oportuna a la recepción, procesamiento, interpretación e información que se requiera sobre el resultado.

Parágrafo. En circunstancias de emergencia por zoonosis, previamente calificada, las muestras de cualquier procedencia sospechosas de las zoonosis problema, serán procesadas en forma gratuita por los laboratorios oficiales.

(Art. 39 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.26 ***Responsabilidad por el diagnóstico de rabia.*** Los Laboratorios de Diagnóstico Veterinario del Instituto Agropecuario Colombiano y el Instituto Nacional de Salud, serán responsables del diagnóstico de rabia.

(Art. 40 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.27 ***Autopsias en caso de afecciones por zoonosis.*** De conformidad con el artículo 527 de la Ley 09 de 1979 y sus disposiciones reglamentarias, el Ministerio de Salud y Protección Social señalará las condiciones y requisitos para la práctica de autopsias cuando quiera que en personas fallecidas se sospeche afección por zoonosis.

(Art. 41 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.28 ***Concepto de control de zoonosis.*** Para los efectos del presente Título, se entiende por control sanitario el conjunto de medidas tomadas antes, durante y después de la presentación de las zoonosis.

(Art. 42 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.29 ***Coordinación de los programas de control.*** Los programas de control de zoonosis que desarrollen las entidades del sector salud deberán coordinarse con los programas de sanidad animal que ejecute el Instituto Colombiano Agropecuario.

(Art. 43 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.30 ***Obligación de cumplir las normas de control sanitario de zoonosis.*** Los dueños o personas responsables de animales declarados sospechosos o infectados por zoonosis, están obligados a cumplir las normas y regulaciones sanitarias establecidas por las autoridades competentes.

(Art. 44 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.31 ***Programas de eliminación de vectores de zoonosis.*** Dentro de las normas de control de vectores que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, se hará énfasis en la eliminación de vectores de zoonosis tales como los de las encefalitis equina, fiebre amarilla, leishmaniasis y otros que la autoridad sanitaria competente señale.

(Art. 45 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.32 ***Actividades de control de zoonosis en el hombre y los animales.*** Dentro de los programas de vigilancia y control epidemiológico que ejecuten las entidades del Sector Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano Agropecuario se hará énfasis en las siguientes actividades de control de zoonosis en el hombre y en los animales:

a) Atención quimioterapéutica en caso de las siguientes zoonosis: Brucelosis, tuberculosis, leptospirosis, salmonelosis, estafilococcias, leishmaniasis y otras que señale la autoridad sanitaria competente.

b) Vacunación contra las siguientes zoonosis: Rabia, encefalitis equina, brucelosis, fiebre amarilla, leptospirosis y otras que determine la autoridad sanitaria competente.

(Art. 46 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.33 ***Programas de protección de alimentos.*** Dentro de los programas de protección de alimentos que ejecute la autoridad sanitaria competente, se hará énfasis en las siguientes actividades:

a) Control de brucelosis y tuberculosis bovina a través de la producción, procesamiento, transporte y comercialización de la leche.

b) Control de brucelosis, salmonelosis, cistecercosis y estafiloccias a través del sacrificio de animales de abasto público y el procesamiento, transporte y comercialización de su carne.

c) Control de salmonelosis, estafilococcias y leptospirosis a través de fábricas, depósitos y expendios de alimentos, así como de su transporte y distribución.

Parágrafo. La autoridad sanitaria competente podrá señalar otras zoonosis que requieran control especial.

(Art. 47 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.34 ***Observación de animales sospechosos.*** Las autoridades sanitarias efectuarán la localización, seguimiento y observación de animales sospechosos y de aquellos identificados como contacto de enfermedades zoonóticas. La observación se hará durante un período igual al máximo conocido para la incubación de la enfermedad que se sospeche.

Parágrafo. Si durante el período de observación a que se refiere el presente artículo aparecen animales muertos, las autoridades sanitarias tomarán y enviarán al laboratorio respectivo las muestras que se requieran para confirmar el diagnóstico.

(Art. 48 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.35 ***Eliminación de animales, por problemas de zoonosis.*** En áreas con problemas de zoonosis transmitidas por perros y gatos, las autoridades sanitarias limitarán la población de estos animales, mediante capturas individuales o colectivas y eliminación sanitaria de aquellos que se consideren vagos por no tener dueño aparente o conocido.

Aun teniendo dueño, los animales sospechosos de padecer zoonosis serán sometidos a observación en sitio adecuado o a su eliminación sanitaria cuando sea del caso.

Cuando los animales que no sean sospechosos de padecer zoonosis las autoridades sanitarias podrán entregarlos a instituciones docentes o de investigación para que estas las utilicen en los propósitos que correspondan a sus objetivos.

(Art. 49 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.36 ***Educación sanitaria en material de zoonosis.*** El Ministerio de Salud y Protección Social programará y ejecutará acciones de educación sanitaria en materia de zoonosis con la participación de otros organismos y de la comunidad.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y las Direcciones Territoriales de Salud establecerán convenios con el sector educativo para incrementar la educación sanitaria en materia de zoonosis.

(Art. 50 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.37 ***Prohibición de instalar criaderos de animales en perímetros urbanos.*** Prohíbese la explotación comercial y el funcionamiento de criaderos de animales domésticos, silvestres, salvajes y exóticos, dentro de los perímetros urbanos definidos por las autoridades de Planeación Municipal.

Parágrafo. Las autoridades sanitarias podrán hacer excepciones a la prohibición contenida en el presente artículo, cuando no se produzcan problemas sanitarios en el área circundante o en el ambiente, siempre y cuando tales actividades se realicen en locales o edificaciones apropiadas desde el punto de vista técnico-sanitario.

(Art. 51 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.38 ***Prohibición de comercializar animales que no cumplan requisitos sanitarios.*** No podrán ser comercializados los animales que no cumplan con los requisitos sanitarios exigidos por este Título, especialmente los relacionados con la vacunación.

(Art. 52 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.39 ***Obligación de cumplir con condiciones sanitarias y ambientales.*** Los establecimientos o lugares de explotación comercial o criaderos de los animales en áreas urbanas, deberán cumplir con las condiciones sanitarias y ambientales, según el caso, descritas por la ley y la normativa vigente sobre la materia, en los casos de la excepción prevista en el artículo 2.8.5.2.37 del presente decreto.

(Art. 53 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.40 ***Limitaciones a la tenencia de animales en habitaciones.*** Por razones de carácter sanitario y con el objeto de prevenir y controlar las zoonosis, el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo del literal c) del artículo 488 de la Ley 09 de 1979, podrá reglamentar, previa consulta con los organismos

especializados la tenencia de animales en lugares de habitación, tanto en áreas urbanas como rurales.

(Art. 54 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.41 ***Obligación de la vacunación para animales.*** Los propietarios o responsables de animales susceptibles de transmitir zoonosis inmunoprevenibles, deberán someterlos a las vacunaciones que exijan las autoridades sanitarias y exhibir los correspondientes certificados vigentes de vacunación cuando se les solicite. En caso contrario, dichos animales podrán ser considerados como sospechosos de estar afectados de este tipo de zoonosis.

(Art. 55 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.42 ***Prohibición de transitar animales libremente en vías públicas y sitios de recreo.*** Sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones de policía de carácter departamental, en las vías públicas o similares, así como los sitios de recreo, queda prohibido el tránsito libre de animales y la movilización de aquellos que puedan causar perturbación o peligro para las personas o los bienes. La violación de la anterior prohibición dará lugar a que los animales sean considerados como vagos para efectos de control sanitario.

Parágrafo 1. Los semovientes vagos de las especies bovinas, porcinas, ovinas, equinas, asnal, mular, caprina y canina, serán capturados y confinados durante tres días hábiles, en los centros de zoonosis o en los sitios asignados para tal fin. Pasado este lapso, las autoridades sanitarias podrán disponer de ellos entregándolos a instituciones de investigación o docencia o a entidades sin ánimo de lucro.

Parágrafo 2. Los dueños de los animales a que se refiere el presente artículo podrán reclamarlos dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su captura, previo el pago del costo de servicios oficiales tales como vacunas, drogas, manutención y otros que se hubieren causado, sin perjuicio del pago de las multas que con fundamento en este Título impongan las autoridades sanitarias y de las demás responsabilidades a que haya lugar.

(Art. 56 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.43 ***Tránsito de animales en las vías públicas y otros sitios.*** En las vías públicas u otros sitios de tránsito o de recreo, los dueños o responsables de perros y animales que puedan representar peligro para las personas, deberán conducirlos mediante el uso de cadenas, correas o traíllas y utilizando bozal, cuando sea del caso. Igualmente deberán portar los certificados de vacunación a que se refiere el presente Título, cuando así lo indiquen las autoridades en casos de emergencia sanitaria. Las autoridades podrán capturar los animales no conducidos en las condiciones anteriores.

(Art. 57 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.44 ***Obligaciones en caso de mordeduras o arañazos.*** Los propietarios o personas responsables de perros, gatos y otros animales susceptibles de transmitir rabia, que hayan causado mordeduras o arañazos a

personas o animales, deberán ponerlos a disposición de la autoridad sanitaria competente, la cual los aislará para observación durante un lapso no menor de diez (10) días, contados a partir de la fecha de la mordedura o arañazo.

Parágrafo 1. Las personas mordidas o arañadas por los animales a que se refiere el presente artículo, podrán exigir de las autoridades sanitarias competentes, la observación del animal.

Parágrafo 2. Los animales que en repetidas ocasiones causen mordeduras o arañazos a personas o animales, podrán ser eliminados por las autoridades sanitarias una vez haya vencido el período de observación.

(Art. 58 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.45 ***Otras responsabilidades en caso de mordeduras o arañazos.*** Los propietarios o responsables de perros, gatos u otros animales que, por causar mordeduras o arañazos, sean aislados para observación en Centros de Zoonosis u otros establecimientos oficiales, o autorizados para tal fin, al vencimiento del período de observación podrán reclamarlos si permanecen vivos o no presentan signos clínicos de rabia, caso en el cual deberán sufragar los costos por vacunas, drogas, manutención y cualquiera otros causados durante el aislamiento, sin perjuicio de la responsabilidad legal a que haya lugar por el daño causado.

(Art. 59 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.46 ***Orden de sacrificar animales afectados o sospechosos.*** Las autoridades sanitarias podrán ordenar el sacrificio de los animales que sean mordidos, arañados o hayan estado en contacto con otro afectado o sospechoso de padecer rabia.

(Art. 60 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.47 ***Requisitos para importación y exportación de animales***. Para la importación y exportación de animales domésticos, silvestres, salvajes y exóticos, deberán cumplirse los requisitos exigidos por las reglamentaciones del Instituto Colombiano Agropecuario, además de las disposiciones legales en materia de comercio exterior.

(Art. 61 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.48 ***Importación de productos y subproductos de origen animal.*** Para la importación y exportación de productos o subproductos de origen animal, se cumplirá con lo dispuesto en la Ley 09 de 1979, sus disposiciones reglamentarias y las regulaciones del Instituto Colombiano Agropecuario.

(Art. 62 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.49 ***Importación de materias primas que puedan transmitir zoonosis.*** La importación de materias primas para la fabricación de productos biológicos, reactivos de uso veterinario o concentrados, alimentos para animales u otros fines, que puedan transmitir zoonosis u otras enfermedades, únicamente

podrá hacerse previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con las regulaciones de la Ley 09 de 1979, sus disposiciones reglamentarias y las normas del Instituto Colombiano Agropecuario.

(Art. 63 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.50 ***Autorizaciones sanitarias para zoológicos y clínicas veterinarias.*** La construcción, remodelación o ampliación de zoológicos y clínicas veterinarias requieren autorización sanitaria expedida por Secretaría de Salud Departamental o la entidad que haga sus veces.

(Art. 64 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.51 ***Requisitos para obtener autorizaciones sanitarias.*** Para obtener la autorización sanitaria de construcción, remodelación o ampliación a que se refiere el artículo anterior, se requiere:

1. Solicitud escrita ante la Secretaría de Salud Departamental correspondiente, acompañando las referencias, documentos o anexos indispensables para comprobar el cumplimiento de los requisitos señalados en el presente Título y por la Oficina de Planeación o Repartición Municipal respectiva.

2. Planos y diseños por duplicado, así:
a. Planos completos de las edificaciones construidas o que se pretenda construir, según el caso, escala 1: 50;
b. Planos de detalles, escala 1:20;
c. Planos de instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias, escala 1:50;
d. Planos de ubicación de maquinaria y equipos cuando sea del caso;
e. Identificación del sistema de evacuación de desechos sólidos;
f. Planos del sistema de disposición de aguas negras, de lavado y otras aguas servidas, antes de vertirlas al alcantarillado o a cualquier otra fuente receptora, de conformidad con lo establecido en el Título I de la Ley 09 de 1979 y sus disposiciones reglamentarias.

(Art. 65 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.52 ***Comprobación de los requisitos sanitarios.*** Una vez haya sido terminada la construcción del establecimiento para el cual se obtuvo autorización sanitaria, o se hayan concluido los procesos de remodelación o ampliación, según el caso, su propietario o representante legal deberá informar al respecto a la Secretaría de Salud Departamental correspondiente con el fin de que mediante inspección ocular, se compruebe el cumplimiento de los requisitos legales de carácter sanitario, así como los que se deriven de la solicitud correspondiente.

(Art. 66 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.53 ***Verificación previa de requisitos sanitarios.*** Cuando quiera que las autoridades sanitarias en ejercicio de las funciones de vigilancia y control que les compete, con fundamento en la Ley 09 de 1979, y sus disposiciones reglamentarias, verifiquen el cumplimiento de los requisitos sanitarios previstos en la normativa vigente para establecimientos de diversión o espectáculos públicos que

por su naturaleza no requieran instalarse de manera permanente en un lugar, si dentro de su programación o actividades toman parte animales salvajes, silvestres o domésticos, deberán exigir, el cumplimiento de los siguientes aspectos, en materia de zoonosis:

a) Presentación y cumplimiento, según el caso, de planes de prevención y control de enfermedades de los animales, bajo asistencia técnica de un médico veterinario.

b) Identificación de las características de alojamiento de los animales, indicando en cada caso las áreas destinadas para su movilización.

c) Identificación de los medios de protección de los animales y de las personas a cuyo cuidado se encuentran, tanto desde el punto de vista físico como del sanitario.

d) Descripción de los mecanismos para la prevención de accidentes y de las disponibilidades para las acciones de primeros auxilios, tanto para personas como para animales.

e) Registro cronológico de muerte de animales por especies, indicando la causa.

(Art. 88 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.54 ***Licencia o salvoconductos para la movilización interna de animales.*** El Instituto Colombiano Agropecuario establecerá las normas sobre la expedición de las licencias de movilización interna de animales en general en orden a la prevención y control de la zoonosis.

La autoridad ambiental con jurisdicción en el sitio donde legalmente se encuentren los animales silvestres expedirá el salvoconducto único para su transporte.

Las licencias o salvoconductos podrán expedirse cuando quiera que hayan cumplido los requisitos de carácter sanitario y los vehículos transportadores dispongan de las condiciones adecuadas para tales fines. En el documento correspondiente deberá indicarse el tipo de vehículo, su identificación, los lugares de salida y llegada de los animales y la distancia entre dichos sitios, así como la vigencia del mismo.

(Art. 89 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.55 ***Requisitos sanitarios de los vehículos.*** El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, establecerá los requisitos de carácter sanitario y especialmente los relacionados con prevención y control epidemiológico, que deban llenar los vehículos que regularmente transporten animales.

(Art. 90 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.56 ***Certificados de vacunación.*** Las entidades públicas que apliquen cualesquiera de las vacunas para animales domésticos, deberán expedir a los propietarios o responsables de los mismos un certificado de vacunación en el cual conste:

a) Nombre del propietario o responsable del animal.
b) Nombre, si es del caso, especie, raza, edad y sexo del animal.
c) Enfermedades prevenidas con la vacuna y período de inmunidad que produce.
d) Tipo de vacuna, laboratorio productor y número de registro sanitario.

Parágrafo. Cuando quiera que las vacunas sean aplicadas por entidades particulares, deberá expedirse el certificado señalado en este artículo bajo la responsabilidad de un médico veterinario, quien lo suscribirá indicando claramente su nombre y número del registro profesional.

(Art. 91 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.57 ***Medidas sanitarias de seguridad.*** De acuerdo con el artículo 576 de la Ley 09 de 1979, son medidas de seguridad las siguientes: La clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial, la suspensión parcial o total de trabajos o servicios, la retención de animales, el decomiso de objetos y productos, la destrucción o desnaturalización de artículos si es el caso y la congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos mientras se toma una decisión definitiva al respecto.

(Art. 92 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.58 ***Medidas sanitarias preventivas.*** Los anteriores procedimientos serán aplicables, en lo pertinente, cuando se trate de la imposición de las siguientes medidas preventivas sanitarias a que se refiere el artículo 591 de la Ley 09 de 1979:

a) Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades zoonóticas.

b) Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles.

c) Vacunación de personas y animales.

d) Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades.

e) Suspensión de trabajos o de servicios.

f) Retención o el depósito en custodia de objetos.

g) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas.

(Art. 104 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.59 ***Iniciación del procedimiento sancionatorio.*** El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida preventiva o de seguridad. Este procedimiento se adelantará aplicando las

disposiciones previstas en el Capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Parágrafo. Aplicada una medida preventiva o de seguridad, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio, cuando a ello hubiere lugar.

(Art. 106 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.60 ***Destinación de las multas.*** El producto de las sumas recaudadas por concepto de multas solo podrá presupuestarse con destino a programas de control y vigilancia epidemiológica en zoonosis.

(Art. 132 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.61 ***Destinación de los bienes decomisados***. Si los bienes decomisados son perecederos en corto tiempo y la autoridad sanitaria establece que su consumo no ofrece peligro para la salud humana o animal, podrá destinarlos a entidades sin ánimo de lucro o a usos industriales.

En el último caso, si se obtiene provecho económico, éste ingresará al tesoro de la entidad que hubiere impuesto el decomiso, para destinarlo a programas de control sanitario en materia de zoonosis.

(Art. 137 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.62 ***Custodia de los bienes decomisados.*** Si los bienes decomisados no son perecederos en corto tiempo, la autoridad deberá mantenerlos en custodia mientras se ejecutoría la providencia por la cual se hubiere impuesto la sanción.

(Art. 138 del Decreto 2257 de 1986)

Artículo 2.8.5.2.63 ***Medidas complementarias a la suspensión o cancelación.*** Las autoridades sanitarias para efectos de la puesta en práctica de la suspensión o cancelación, podrán imponer sellos, bandas o utilizar otro sistema apropiado.

La suspensión o cancelación del registro de vehículos se realiza mediante el retiro del mismo, por parte de la autoridad que impone la sanción.

(Art. 144 del Decreto 2257 de 1986)

TÍTULO 6
CONSUMO DE ALCOHOL

Capítulo 1
Disposiciones generales

Artículo 2.8.6.1.1 ***Objeto.*** El presente Título tiene como objeto proteger al menor de edad y a la comunidad en general de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas y establecer medidas tendientes a la reducción del daño y la minimización del riesgo de accidentalidad, violencia cotidiana y criminalidad asociada al consumo inmoderado de alcohol.

(Art. 1 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.1.2 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Título, se adoptan las siguientes definiciones:

Abuso del consumo de bebidas alcohólicas. Todo consumo por frecuencia y/o cantidad que conlleve a la pérdida del dominio propio del individuo bien sea de manera temporal o definitiva. Para tal fin se establecen los siguientes conceptos:

a. Moderado: Consumo habitual de alcohol pero no pasan de determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables) por unidad de tiempo.

b. Excesivo: Consumo habitual que supera las cantidades del consumo moderados y tiene un promedio anual de embriaguez elevado.

c. Patológico: Individuos enfermos con síndrome de dependencia física.

Se considera consumo abusivo el consumo excesivo y patológico.

Alcohol. Es el etanol o alcohol etílico procedente de la destilación de la fermentación alcohólica de mostos adecuados. Este alcohol no es desnaturalizado.

Alcoholismo. Término genérico que incluye todas las manifestaciones patológicas del consumo de alcohol. Corresponde además a la expresión "problemas relacionados con el alcohol" la cual comprende un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psicológica y social, asociados con el consumo de alcohol, sea este consumo de forma puntual o regular e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos. Concepto desarrollado en la clasificación de la O.M.S., CIE X-10, además de incluir las demás manifestaciones y afectaciones por su consumo, entre ellas "trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol".

Alcoholemia. Cantidad (concentración) de alcohol etílico contenida en la sangre.

Alcoholometría. Examen o prueba de laboratorio, o por otro medio técnico que determina el nivel de alcohol etílico en la sangre.

Alcohosensor. Sistema para determinar alcohol en el aire exhalado.

Autocuidado. Obligación de toda persona de velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes.

Bebida alcohólica. Producto apto para el consumo humano con una concentración de alcohol etílico no inferior a 2.5 grados alcoholimétricos, al cual no se le indican propiedades terapéuticas.

Control del consumo del alcohol. Acción de las autoridades, en el marco de las competencias constitucionales y legales, destinadas al desarrollo de estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo el consumo de productos de alcohol y sus derivados.

Embriaguez. Conjunto de cambios psicológicos y neurológicos de carácter transitorio, así como en órganos y sistemas, inducidos en el individuo por el consumo de algunas sustancias farmacológicamente activas, las cuales afectan su capacidad y habilidad para la realización adecuada de actividades de riego.

Interés superior del menor. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.

Licor. Es la bebida alcohólica con una graduación superior a 15 grados alcoholimétricos a 20°C, que se obtiene por destilación de bebidas fermentadas o de mostos fermentados, alcohol vínico, holandas o por mezclas de alcohol rectificado neutro o aguardientes con sustancia de origen vegetal, o con extractos obtenidos con infusiones, percolaciones o maceraciones que le den distinción al producto, además, con adición de productos derivados lácteos, de frutas, de vino o de vino aromatizado.

Sólo se podrán utilizar edulcorantes naturales, colorantes y aromatizantes - saborizantes, para alimentos permitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Menor de edad. Toda persona menor de 18 años.

Protocolos Seguros. Son todas aquellas acciones de los corresponsables que en tiempos reales en un antes, un durante y un después coadyuvan a la construcción de una cultura deja prevención en ambientes de consumo abusivo, para la maximización del disfrute y la minimización de sus riesgos.

Saber beber-saber vivir. Principio que orientan el consumo responsable de alcohol. El principio de saber beber-saber vivir tiene en cuenta la calidad, cantidad, consistencia, comida, compañía y acompañamiento. Para tal fin entiéndase por:

a. Calidad. Pureza de los procesos de producción de alcohol ya se trate de fermentados o destilados.

b. Cantidad. Tiempo, durante la ingesta, por ocasión.

c. Consistencia. Permanencia en el mismo tipo de bebida durante la ingesta y el cuidado de sus mezcla ente destilados y fermentados.

d. Comida: Acompañamiento de comida en un antes y un durante la ingesta.

e. Compañía: Personas de confianza con las cuales se comparte durante el consumo de alcohol.

f. Acompañamiento: Presencia de autoridades y organizaciones sociales y comunitarias que junto con los dueños, administradores y empleados de establecimientos de consumo de alcohol realizan labores de disminución del daño y minimización del riesgo en zonas de consumo abusivo hacia los fines de semana en un antes (al inicio de la jornada), durante (durante el proceso de consumo) y después (finalizando la hora obligatoria de cierre que aplique en el territorio de que se trate) al interior y en el entorno de los ámbitos de consumo para el desarrollo de actividades de prevención en tiempos reales.

(Art. 2 del Decreto 120 de 2010; definición "Licor": artículo 3 del decreto 1686 de 2012)

Capítulo 2
Políticas para el control del consumo de bebidas alcohólicas

Artículo 2.8.6.2.1 ***Políticas de salud pública para el control del consumo abusivo del alcohol.*** En los términos del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e incorporará dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población enferma por causas asociadas al consumo abusivo del alcohol.

(Art. 6 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.2 ***Capacitación a personal formativo.*** El Ministerio de Salud y Protección Social formulará y promulgará los programas, planes y estrategias encaminados a capacitar sobre las medidas de control del consumo abusivo del alcohol vigentes a personas tales como profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores y responsables de la formación de menores de edad así como a los servidores públicos en general, sobre las consecuencias adversas del consumo abusivo de alcohol. El Ministerio de Educación Nacional orientará a las Secretarías de Educación de las entidades territoriales para que se desarrollen competencias que permitan a la comunidad educativa adoptar estilos de vida saludables.

(Art. 7 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.3 ***Programas educativos para evitar el consumo de alcohol.*** Los menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo los principios de salud pública sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, la incidencia de enfermedades, la discapacidad y la mortalidad debidas al consumo abusivo de alcohol. Para tal fin, el Ministerio de Educación Nacional, bajo los principios constitucionales, orientará a las Secretarías de Educación de las entidades territoriales para que en las instituciones educativas

se adopten proyectos pedagógicos que desarrollen competencias en los menores de edad que les permita por un estilo de vida saludable.

(Art. 8 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.4 ***Programas de educación preventiva en medios masivos de comunicación.*** En virtud de lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 1098 de 2006, la Autoridad Nacional de Televisión facilitará y propiciará la emisión de mensajes de alto impacto sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en televisión. De igual manera, se deberán destinar espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.

(Art. 9 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.5 ***Campañas de prevención para la población en riesgo por consumo abusivo de alcohol.*** Los Ministerios sectoriales implementarán campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol y brindar asesoría y desarrollar programas para evitar el consumo abusivo de esta sustancia.

Parágrafo 1. Las Empresas Promotoras de Salud –EPS– del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumo abusivo de alcohol y brindarle al usuario los servicios del POS dirigidos al manejo del factor riesgo.

Parágrafo 2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios.

(Art. 10 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.6 ***Responsabilidad de las Administradores de Riesgos Laborales.*** Corresponde a los Administradores de Riesgos Laborales –ARL– desarrollar estrategias para brindar, permanentemente, información y educación a sus afiliados para evitar el consumo abusivo de alcohol.

(Art. 11 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.7 ***Prohibición de expendio de bebidas embriagantes a menores de edad.*** Prohíbese el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad en los términos de la Ley 124 de 1994. La persona que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición será sancionada de conformidad con las normas establecidas para los expendedores en los Códigos Nacional o Departamental de Policía.

En caso de duda acerca de la edad de la persona, el expendedor o la persona que ofrezca o facilite bebidas alcohólicas deberán exigir la cédula de ciudadanía.

(Art. 12 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.8 ***Trabajo de menores en establecimientos en donde se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas.*** En ningún caso, podrán trabajar personas menores durante la jornada nocturna en establecimientos donde se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas.

(Art. 13 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.9 ***Cursos de prevención del alcoholismo.*** De conformidad con lo previsto en el artículo 2 de la Ley 124 de 1994, el menor de edad que sea hallado consumiendo bebidas embriagantes o en estado de beodez, deberá asistir con sus padres o acudientes a un curso sobre prevención del alcoholismo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o a la entidad que haga sus veces.

(Art. 14 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.10 ***Publicidad y leyendas.*** Conforme a lo dispuesto en la Ley 124 de 1994 y lo previsto en este Título, tanto la publicidad como las leyendas relacionadas con el consumo de alcohol deberán tener en cuenta el interés superior del menor de edad.

Toda publicidad, por cualquier medio que se realice, debe contener o hacer referencia, de manera resaltada, a la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad.

La advertencia debe ser clara e inteligible.

(Art. 15 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.11 ***Especificaciones de los envases y etiquetas.*** En los envases y etiquetas de las bebidas alcohólicas no podrán emplearse expresiones, leyendas o imágenes en idioma diferente al castellano que induzcan engaño al público, haciendo pasar los productos como elaborados en el exterior, ni que sugieran propiedades medicinales.

Con fundamento en lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social dictará las normas técnicas que sean necesarias respecto de las especificaciones de las leyendas, etiquetas y rótulos.

(Art. 16 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.12 ***Obligación de los propietarios, empleadores y administradores.*** Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares en donde se expenden y/o consumen bebidas alcohólicas deberán:

a) No vender bebidas alcohólicas a menores y, en caso de duda sobre la edad de la persona, verificar su edad con la solicitud del documento de identificación.

b) Velar por el cumplimiento de las restantes normas establecidas en el presente Título con el fin de proteger a los menores del consumo de alcohol.

c) Prevenir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

d) Fijar en un lugar visible al público un aviso que contenga los textos, "el alcohol es nocivo para la salud, la convivencia y la seguridad vial" y "se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad". El Ministerio de Salud y Protección Social fijará las condiciones y especificaciones de tales textos.

e) No contratar menores de edad durante la jornada nocturna.

(Art. 17 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.13 ***Obligación de las Entidades Territoriales.*** Corresponde a los Gobernadores y Alcaldes y a las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud el desarrollo de las siguientes actividades:

a) Difundir, en el ámbito de su jurisdicción, las medidas establecidas en el presente Título.

b) Realizar actividades de movilización y concertación social para garantizar el cumplimiento del presente acto.

c) Desarrollar campañas de promoción para evitar el consumo abusivo de alcohol.

d) Desarrollar, dentro de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo abusivo de alcohol.

e) Establecer estrategias que conduzcan al consumo responsable de bebidas alcohólicas con base en el principio de saber beber-saber vivir.

(Art. 18 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.14 ***Obligación de las entidades públicas.*** Las entidades públicas deberán difundir las medidas de que trata el presente Título tanto en las páginas electrónicas que tengan habilitadas como en otros medios de difusión con que cuenten.

(Art. 19 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.15 ***Competencias de las autoridades sanitarias.*** Las autoridades sanitarias vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Título, en coordinación con las autoridades de policía y demás autoridades de control.

(Art. 20 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.16 ***Restricción de espacios y horarios.*** De conformidad con el artículo 111 del Código Nacional de Policía, los distritos y municipios podrán señalar zonas y fijar horarios para el funcionamiento de establecimientos donde se

expenden bebidas alcohólicas. Así mismo, en virtud de lo previsto en el artículo 113 del Código Nacional de Policía, estarán facultados para adoptar restricciones en la venta de bebidas alcohólicas.

Para tal fin, las mencionadas entidades territoriales, con base en los respectivos planes de salud pública, deberán determinar zonas críticas de consumo abusivo de alcohol así como las horas críticas con el fin de elaborar los mapas de riesgo respecto de los efectos nocivos de dicho consumo, con especial énfasis en la protección al menor de edad. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos de tales estudios.

Parágrafo. La información proveniente de esos estudios será pública y ampliamente difundida en la jurisdicción distrital o municipal respectiva, con el fin de darla a conocer a la ciudadanía.

(Art. 22 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.17 ***Pactos por la vida.*** Los distritos y municipios promoverán la realización de Pactos por la Vida entre los residentes de las zonas consideradas como críticas, los dueños de establecimientos comerciales donde se expenda y consuma alcohol y los centros educativos del área de influencia en las zonas identificadas como críticas, con los que se definan estrategias orientadas a la disminución del daño y la minimización del riesgo que evite los desenlaces de accidentes, violencia cotidiana y criminalidad que acompañan los ambientes de consumos abusivos. Dichos pactos deberán contener medidas especiales de protección al menor de edad frente al consumo de alcohol y sus consecuencias.

(Art. 23 del Decreto 120 de 2010)

Artículo 2.8.6.2.18 ***Progresividad en la protección.*** A través del presente Título se establece la regulación mínima de protección a la salud humana por conductas que atenten contra la misma, derivados del consumo de alcohol sin menoscabo de las regulaciones que, en esta materia, superen estos mínimos.

(Art. 24 del Decreto 120 de 2010)

TÍTULO 7
NORMAS DE SEGURIDAD EN PISCINAS

Capítulo 1
Piscinas de uso colectivo abiertas al público en general

Sección 1. Disposiciones generales

Artículo 2.8.7.1.1.1 ***Objeto***. El objeto del presente Capítulo es determinar las medidas de seguridad aplicables a los establecimientos de piscinas de uso colectivo abiertas al público en general que deben ser cumplidas por los responsables de las mismas, tendientes a prevenir y controlar los riesgos que afecten la vida y la salud de las personas.

(Art. 1 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.1.2 ***Campo de aplicación.*** De conformidad con lo previsto en los artículos 2, 4, literal b), y 11 de la Ley 1209 de 2008, las disposiciones del presente Capítulo se aplican a las personas naturales o jurídicas que presten servicio de piscina abierto al público en general, ubicadas en instalaciones tales como: centros vacacionales y recreacionales, escuelas, entidades o asociaciones, hoteles, moteles o similares.

(Art. 2 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.1.3 ***Definiciones.*** Para efectos de la aplicación de las disposiciones del presente Título, se adoptan las siguientes definiciones:

1. **Autoridad sanitaria:** Entidad de carácter público del orden territorial con atribuciones para ejercer funciones de inspección, vigilancia y control en materia sanitaria, a los sectores público y privado que presten servicios de piscinas.

2. **Bañista:** Persona que se beneficia directamente con el uso del agua contenida en el estanque.

3. **Dispositivos de seguridad homologados:** Son los que cumplen con los requisitos establecidos en el reglamento técnico que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. **Requisitos de la calidad de agua y de Buenas Prácticas Sanitarias:** Son las exigencias sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que deben cumplir las piscinas.

5. **Responsable:** Es la persona o las personas, tanto naturales como jurídicas o comunidades, tengan o no personería jurídica, que ostenten la titularidad de la propiedad o cualquier relación jurídica que pueda comportar la tenencia o explotación de la piscina.

6. **Salvavidas:** Gestor de riesgos asociados a actividades acuáticas, con enfoque hacia la prevención de incidentes y accidentes acuáticos y con capacidad de respuesta ante emergencias generadas en estanques de piscina.

(Art. 3 del Decreto 554 de 2015)

Sección 2. Certificación de normas de seguridad de piscinas

Artículo 2.8.7.1.2.1 ***Criterios técnicos para los estanques de agua en piscinas.*** Los estanques de agua en piscinas, para garantizar la seguridad, deben cumplir criterios técnicos en cuanto a: i) planos; ii) formas de los estanques; iii) vértices; iv) profundidad; v) distancias entre estanques; vi) escaleras; vii) desagüe sumergido; viii) revestimiento; ix) corredores; x) período de recirculación o renovación y xi) zona de salto. Los criterios de dichos elementos serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 4 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.2.2 ***Requisitos para la certificación de normas de seguridad de piscinas para uso público.*** Los responsables de las piscinas de que trata el artículo 2.8.7.1.1.2 del presente decreto, deben solicitar el certificado de cumplimiento de las normas de seguridad de piscinas, para lo cual deben adjuntar la siguiente documentación a la dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito:

1. Planos elaborados y firmados por un ingeniero o arquitecto, con tarjeta profesional vigente, que contenga: Planos de planta y cortes con la localización de equipos y desagües, sistemas eléctricos y sistemas hidráulicos.

2. Documento que contenga las memorias descriptivas de construcción y técnica, manual de operación y protocolos de mantenimiento de los sistemas de tratamiento de agua.

3. Descripción sobre la disposición final de los lodos provenientes del lavado del sistema de tratamiento de agua del estanque.

4. Plan de seguridad de la piscina y reglamento de uso de la misma.

5. Concepto sanitario expedido por la autoridad sanitaria competente, donde conste el cumplimiento de los requisitos higiénico-sanitarios del agua y de buenas prácticas sanitarias.

Parágrafo. Los responsables de las piscinas que tengan en funcionamiento estanques al 27 de marzo de 2015, cumplirán únicamente con los requisitos establecidos en los numerales 3, 4 y 5.

(Art. 5 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.2.3 ***Parámetros de calidad del agua y productos y sustancias químicas utilizadas en el tratamiento de agua contenida en estanques de piscinas.*** El agua que se almacene en estanques de piscina debe ser limpia y sana. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los parámetros generales físico-químicos y microbiológicos del agua, los cuales serán de referencia para las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3.

Los productos y sustancias químicas utilizadas en el tratamiento de agua contenida en estanques de piscina deben cumplir con los requisitos de etiquetado y de almacenamiento dispuestos en la normativa vigente.

Parágrafo. Los parámetros generales físico-químicos y microbiológicos del agua no serán exigibles a los estanques que almacenen aguas termales y de usos terapéuticos. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá dichos parámetros.

(Art. 6 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.2.4 ***Normas mínimas de seguridad.*** Los responsables de piscinas de que trata el presente Capítulo deberán acatar obligatoriamente las siguientes normas mínimas de seguridad:

1. No se debe permitir el acceso a menores de doce (12) años sin la compañía de un adulto.

2. Deberá mantenerse permanentemente el agua limpia y sana, de conformidad con los parámetros que se establezcan según lo previsto en el artículo anterior.

3. Se deberá tener un botiquín de primeros auxilios con material para curaciones.

4. Deberán permanecer en el área de la piscina por lo menos dos (2) flotadores circulares con cuerda y un bastón con gancho.

5. Se deberá escribir en colores vistosos y en letra grande, visible con claridad para cualquier persona la profundidad máxima de la piscina.

6. Deberá haber en servicio las veinticuatro (24) horas del día en el sitio de la piscina un teléfono o citófono para llamadas de emergencia.

(Art. 7 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.2.5 ***Dispositivos de seguridad.*** Los dispositivos de seguridad que se utilicen en estanques de piscina son el cerramiento, la alarma de agua o el detector de inmersión, las cubiertas antiatrapamiento y el sistema de seguridad de liberación de vacío, los cuales deberán obtener el respectivo certificado de conformidad, de acuerdo con lo señalado en el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Mientras no existan en Colombia organismos de evaluación de la conformidad acreditados ante el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), que certifiquen el cumplimiento de los dispositivos con el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, se entenderán homologados con la declaración de conformidad de primera parte del proveedor.

El Ministerio de Salud y Protección Social es el competente para expedir el formato y el instructivo para efectuar dicha declaración.

(Art. 8 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.2.6 ***Plan de seguridad de piscinas.*** El plan de seguridad de piscinas debe contener información relacionada con la construcción y localización de equipos y desagües, sistemas eléctricos e hidráulicos y su respectivo mantenimiento, procedimientos de seguridad para garantizar la salud de los usuarios que incluya atención de emergencias o incidentes y evacuación, sistema de tratamiento del agua, hojas de seguridad de los productos y sustancias químicas empleadas e incompatibilidades de las mismas, manuales de operación y de capacitación del personal y mantenimientos de rutina.

El plan podrá ser objeto de verificación en cualquier momento por parte de la dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito.

(Art. 9 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.2.7 ***Capacitación y certificación como salvavidas.*** El Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) dentro de su oferta educativa o cualquier otra entidad pública o privada que realice instrucción o capacitación integral teórico-práctica, que determine competencias laborales para una óptima labor como salvavidas, podrán capacitar y certificar como salvavidas.

(Art. 10 del Decreto 554 de 2015)

Sección 3. Obligaciones de los responsables, padres, acompañantes y bañistas

Artículo 2.8.7.1.3.1 ***Obligaciones del responsable de los establecimientos de las piscinas.*** Sin perjuicio de las obligaciones asignadas por la Ley 1209 de 2008, deberán cumplir con lo siguiente:

1. Elaborar el plan de seguridad de piscinas y cumplir con las acciones previstas en el mismo y ponerlo a disposición de la autoridad competente cuando esta lo solicite.

2. Elaborar y hacer cumplir el reglamento de uso de la piscina que será fijado en lugar visible para los bañistas y acompañantes.

3. Velar porque los bañistas preserven la calidad del agua, el buen uso y seguridad durante su permanencia en el establecimiento de piscina.

(Art. 11 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.3.2 ***Responsabilidad de los bañistas, padres y acompañantes de bañistas menores de edad.*** Los bañistas, padres y acompañantes de bañistas menores de edad, tienen la responsabilidad de:

1. Cumplir con el reglamento de uso de las piscinas que cada establecimiento contemple conforme con lo dispuesto en el presente Capítulo.

2. Informar sobre cualquier situación de riesgo en el establecimiento de piscinas a sus responsables, operarios o piscineros.

(Art. 12 del Decreto 554 de 2015)

Sección 4. Inspección, vigilancia y control

Artículo 2.8.7.1.4.1 ***Competencias de los municipios y distritos.*** En desarrollo del artículo 9 de la Ley 1209 de 2008, los municipios y distritos, en su respectiva jurisdicción, serán responsables a través de la dependencia u oficina administrativa que estos determinen, de lo siguiente:

1. Autorizar el funcionamiento del establecimiento de piscina en su jurisdicción, mediante la certificación de cumplimiento de normas de seguridad en piscina.

2. Realizar la correspondiente verificación de cumplimiento de las acciones contempladas en el plan de seguridad de la piscina.

3. Aplicar las sanciones a que haya lugar a los responsables de las piscinas que incumplan con lo dispuesto en el presente Capítulo y las normas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la materia. Para el efecto, tendrán en cuenta lo señalado en el Capítulo V de la Ley 1209 de 2008 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

(Art. 13 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.1.4.2 ***Competencias de las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3.*** En desarrollo de los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3, deben realizar lo siguiente:

1. Ejercer la inspección, vigilancia y control sanitario sobre los establecimientos de piscinas, para lo cual podrán aplicar las medidas sanitarias de seguridad pertinentes, de conformidad con lo previsto en la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

2. Expedir el concepto sanitario sobre el cumplimiento de las exigencias sanitarias.

3. Mantener actualizada la información sobre el número de establecimientos de piscinas existentes en su jurisdicción.

(Art. 14 del Decreto 554 de 2015)

Capítulo 2
Piscinas de uso restringido no abiertas al público en general

Artículo 2.8.7.2.1 ***Campo de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo se aplican a piscinas de uso restringido no abiertas al público en general ubicadas en instalaciones como clubes privados, condominios o conjuntos residenciales.

(Art. 15 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.2.2 ***Normas mínimas de seguridad.*** Los responsables de piscinas de uso restringido no abiertas al público en general deberán acatar obligatoriamente las siguientes normas mínimas de seguridad:

1. No se debe permitir el acceso a menores de doce (12) años sin la compañía de un adulto.

2. Deberá mantenerse permanentemente el agua limpia y sana, de conformidad con los parámetros que se establezcan según lo previsto en el artículo 2.8.7.1.2.3 del presente decreto.

3. Se deberá tener un botiquín de primeros auxilios con material para curaciones.

4. Deberán permanecer en el área de la piscina por lo menos dos (2) flotadores circulares con cuerda y un bastón con gancho.

5. Se deberá escribir en colores vistosos y en letra grande, visible con claridad para cualquier persona la profundidad máxima de la piscina.

6. Deberá haber en servicio las veinticuatro (24) horas del día en el sitio de la piscina un teléfono o citófono para llamadas de emergencia.

(Art. 16 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.2.3 ***Dispositivos y otros requisitos para las piscinas de uso restringido no abiertas al público en general.*** Los responsables de los estanques de piscina ubicados en instalaciones como clubes privados, condominios o conjuntos residenciales, deben cumplir lo siguiente:

1. Disponer de sensores de movimiento o alarmas de inmersión, sistema de seguridad de liberación de vacío y cubiertas antiatrapamientos. Las piscinas en funcionamiento que no dispongan de estos equipos deberán incorporarlos. Estos dispositivos deberán estar homologados, de acuerdo a lo señalado en el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para efectos de la homologación también aplica el parágrafo del artículo 2.8.7.1.2.5 del presente decreto.

2. Elaborar el plan de seguridad de la piscina y el reglamento de uso de la misma y cumplir las acciones y reglas descritas en los mismos y ponerlo a disposición de la autoridad competente, cuando esta lo solicite.

3. Los clubes privados deberán contar con una (1) persona salvavidas por cada piscina en los horarios en que esté en funcionamiento.

4. Los condominios o conjuntos residenciales deberán contar con una (1) persona salvavidas por cada piscina durante los fines de semana, al igual que en época de vacaciones escolares y cuando se realicen eventos sociales en la piscina o sus alrededores que involucren menores de catorce (14) años.

Parágrafo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1209 de 2008, será obligatorio para las piscinas del presente título instalar el cerramiento y alarmas de agua en horario en que no se encuentren en servicio las piscinas.

(Art. 17 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.7.2.4 ***Inspección, vigilancia y control.*** Las disposiciones del presente Capítulo sobre piscinas de uso restringido no abiertas al público en general podrán ser objeto de verificación en cualquier momento por parte de las autoridades

competentes, quienes podrán aplicar las sanciones a que haya lugar a los responsables de las piscinas que incumplan con lo dispuesto en el presente Capítulo y las normas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la materia.

(Art. 18 del Decreto 554 de 2015)

Capítulo 3
Piscinas de propiedad unihabitacional

Artículo 2.8.7.3.1 ***Requisitos para las piscinas de propiedad unihabitacional.*** Los estanques de piscinas de propiedad privada unihabitacional deben dar cumplimiento únicamente a lo señalado en el artículo 3 de la Ley 1209 de 2008 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Los sensores de movimiento o alarmas de inmersión y el sistema de seguridad de liberación de vacío deberán estar homologados, de acuerdo con lo señalado en el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para efectos de la homologación también aplica el parágrafo del artículo 2.8.7.1.2.5 del presente decreto.

(Art. 19 del Decreto 554 de 2015)

TÍTULO 8
SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Capítulo 1
Creación del Sivigila

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.8.8.1.1.1 ***Objeto.*** El objeto del presente Capítulo es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Parágrafo. Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública.

(Art. 1 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.2 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo, rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades responsables de los regímenes de

excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

(Art. 2 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.3 ***Definiciones.*** Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, se adoptan las siguientes definiciones:

Autoridades Sanitarias. Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.

Entidades Sanitarias. Entidades del Estado que prestan servicios sanitarios o de sanidad con el propósito de preservar la salud humana y la salud pública.

Estándares de Calidad en Salud Pública. Son los requisitos básicos e indispensables que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estrategias de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia.

Eventos. Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del presente Capítulo, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.

Eventos de Interés en Salud Pública. Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

Factores de Riesgo / Factores Protectores. Aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.

Medidas Sanitarias. Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

Modelo de Vigilancia en Salud Pública. Es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Red de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

Unidad Notificadora. Es la entidad pública responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.

Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD. Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

Usuarios del Sistema. Toda entidad e institución, persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Vigilancia en Salud Pública. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

Vigilancia y Control Sanitario. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y

procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

(Art. 3 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.4 ***Finalidades.*** La información obtenida como consecuencia de la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, de que trata el presente Capítulo, deberá ser utilizada para cumplir con las siguientes finalidades:

a. Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública;

b. Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública;

c. Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control;

d. Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores;

e. Identificar necesidades de investigación epidemiológica;

f. Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control;

g. Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud;

h. Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud;

i. Orientar la formulación de políticas en salud pública.

(Art. 4 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.5 ***Principios orientadores.*** La organización y funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, además de los postulados señalados en la Ley 100 de 1993, se fundamenta en los siguientes principios orientadores:

a. Eficacia. Es la capacidad del sistema para alcanzar los resultados y contribuir a la protección de la salud individual y/o colectiva;

b. Eficiencia. Es el uso racional de los recursos con el fin de garantizar su mejor utilización para la obtención de los mejores resultados en materia de vigilancia en salud pública;

c. Calidad. Es la garantía de veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información generada, en todos los procesos de vigilancia en salud pública que realicen los integrantes del Sistema;

d. Previsión. Es la capacidad de identificar y caracterizar con anticipación, las posibles condiciones de riesgo para la salud de la población y orientar la aplicación

oportuna de las acciones de intervención requeridas para preservar la salud individual y/o colectiva;

e. Unidad. Es la integración funcional de los diferentes niveles del sector salud y demás participantes del sistema de vigilancia, que permiten la operación en red y la articulación de las intervenciones en salud pública, con unidad de criterio.

(Art. 5 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.6 ***Responsables.*** La implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente Capítulo, será responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para lo cual cumplirán las funciones indicadas en los artículos siguientes.

(Art. 6 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.7 ***Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social.*** El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

b. Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

c. Reglamentar todos los aspectos concernientes a la definición, organización y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

d. Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional;

e. Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

f. Brindar la asistencia técnica a las entidades adscritas del orden nacional, departamentos y distritos, para la implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

g. Integrar a los laboratorios nacionales de referencia, laboratorios departamentales y del Distrito Capital, en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

h. Realizar el análisis de la situación de la salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia;

(Art. 7 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.8 ***Funciones del Instituto Nacional de Salud, INS y del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.*** El Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Desarrollar las acciones que garanticen la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en las áreas de su competencia;

b. Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública;

c. Proponer planes, programas y proyectos al Ministerio de Salud y Protección Social que contribuyan al desarrollo de la vigilancia y control de los problemas de salud pública;

d. Apoyar a los departamentos y distritos en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en las áreas de su competencia, cuando así se requiera;

e. Analizar y divulgar periódicamente la información generada por la vigilancia en salud pública en las áreas de su competencia;

f. Coordinar con el Ministerio de Salud y Protección Social, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema;

g. Implementar las recomendaciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo referente a las acciones a realizar para mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública;

h. Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia.

(Art. 8 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.9 ***Funciones de las Direcciones departamentales y Distritales de Salud.*** Las direcciones departamentales y distritales de salud, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Gerenciar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;

b. Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia;

c. Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida;

d. Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera;

e. Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;

f. Integrar el componente de laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del Sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;

g. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción;

h. Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción;

i. Declarar en su jurisdicción la emergencia sanitaria en salud de conformidad con la ley;

j. Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos de las normas vigentes, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen;

k. Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

(Art. 9 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.10 ***Funciones de las Direcciones municipales de Salud.*** Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y de conformidad con lo dispuesto en el presente Capítulo o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;

b. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo a su categoría;

c. Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;

d. Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social;

e. Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias;

f. Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades propias de la vigilancia en salud pública;

g. Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia;

h. Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción;

i. Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos de las normas vigentes, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.

(Art. 10 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.11 ***Funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud.*** Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las EPS del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en sus redes de servicios;

b. Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso;

c. Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;

d. Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada;

e. Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

f. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública;

(Art. 11 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.12 ***Funciones de las unidades notificadoras.*** Las direcciones territoriales de salud, así como las entidades del sector y de otros sectores, con características de instituciones de referencia o que tienen capacidad suficiente para la investigación y confirmación de casos de los eventos sujetos a vigilancia en salud pública, que sean clasificadas de conformidad con los modelos de vigilancia definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, como Unidades Notificadoras, tendrán las siguientes obligaciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Implementar los procesos básicos de vigilancia de su competencia de acuerdo con la naturaleza institucional y según lo dispuesto por el presente Capítulo o las normas que lo modifiquen o sustituyan;

b. Garantizar la infraestructura, capacidad técnica y talento humano calificado necesario para la clasificación de los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia;

c. Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la permanente interacción con los integrantes de la red de vigilancia en salud pública;

d. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidos por la autoridad sanitaria, en lo concerniente con sus competencias como unidad notificadora en el sistema;

(Art. 12 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.13 ***Funciones de las unidades primarias generadoras de datos.*** Los prestadores de servicios de salud, IPS, los laboratorios clínicos y de citohistopatología, los bancos de sangre, los bancos de órganos y componentes anatómicos, las unidades de biomedicina reproductiva y demás entidades del sector, así como entidades de otros sectores, que cumplan con los requisitos establecidos para las Unidades Primarias Generadoras de Datos, tendrán las siguientes obligaciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en salud pública en sus procesos de atención;

b. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás

procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia;

c. Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;

d. Analizar y utilizar la información de vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población atendida;

e. Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

f. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública;

g. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.

(Art. 13 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.1.14 ***Financiación de la vigilancia en salud pública.*** La financiación de las funciones de vigilancia en salud pública, acorde con las normas vigentes, se realizará de la siguiente manera:

a. En el nivel nacional, con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación;

b. En los departamentos, distritos y municipios, con recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios de las entidades territoriales que se asignen para tal fin;

c. Los recursos recaudados por concepto de las multas de que trata el presente Capítulo, serán destinados para la financiación de actividades de vigilancia y control epidemiológico por las entidades sanitarias que las hayan impuesto.

Cuando se trate de acciones individuales de vigilancia y control implícitas en el proceso de detección, diagnóstico y atención en salud de los individuos y familiares del caso, tales acciones deberán ser realizadas con cargo a los recursos que financian los planes obligatorios de salud tratándose de población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o con cargo a los recursos destinados para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda si se trata de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 80 del Decreto 3518 de 2006)

Sección 2. Procesos básicos de la vigilancia en salud pública

Artículo 2.8.8.1.2.1 ***Procesos.*** Los procesos básicos de la vigilancia en salud pública incluyen la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública. En todo caso, las autoridades sanitarias deberán velar por el mejoramiento continuo de la oportunidad y calidad de los procesos de información y la profundidad del análisis tanto de las problemáticas como de las alternativas de solución.

(Art. 15 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.2 ***Datos y fuentes de información.*** Los datos básicos relativos a los eventos objeto de vigilancia, así como las fuentes y procedimientos para su recolección, consolidación, procesamiento, transferencia, análisis y difusión, serán definidos según los modelos y protocolos de vigilancia que se establezcan en el sistema, sin limitar requerimientos opcionales de datos adicionales que resulten pertinentes para la descripción y caracterización de los eventos vigilados.

(Art. 16 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.3 ***Obligatoriedad de la información de interés en salud pública.*** Sin perjuicio de la obligación de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes, la comunidad podrá concurrir como fuente informal de datos. En todo caso, cuando se trate de hechos graves que afecten la salud, toda persona natural o jurídica que conozca del hecho deberá dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente, so pena de hacerse acreedor a las sanciones establecidas en el presente Capítulo.

(Art. 17 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.4 ***Acceso obligatorio a la información.*** Quien disponga de información relacionada con la ocurrencia de un evento de interés en salud pública, está obligado a permitir su acceso a la autoridad sanitaria y, en ningún caso, podrá considerarse el secreto profesional como un impedimento para suministrarla.

(Art. 18 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.5 ***Carácter confidencial de la información.*** La información relativa a la identidad de las personas, obtenida durante el proceso de vigilancia en salud pública, es de carácter confidencial y será utilizada exclusivamente por parte de las autoridades sanitarias para fines de la vigilancia, o por las autoridades judiciales, siempre que medie solicitud previa del juez de conocimiento. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la obtención, uso, administración y seguridad de la información de salud.

(Art. 19 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.6 ***Notificación obligatoria.*** Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los

términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

(Art. 20 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.7 ***Sistema de información.*** Para efectos de garantizar la operación estandarizada de los procesos informáticos, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública que hará parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Sispro, o el que haga sus veces, estableciendo los mecanismos institucionales internos y externos para la recolección, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos que se aplicarán en todos los niveles del sistema para cada proceso relacionado con la vigilancia en salud pública de un evento o grupo de eventos.

(Art. 21 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.8 ***Flujo de información.*** El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, contará con las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), responsables de la captación inicial de datos y de su transferencia a las Unidades Notificadoras, las cuales serán responsables de la configuración de casos de los eventos bajo vigilancia en el nivel municipal, departamental o distrital según corresponda; y de estos al nivel nacional para su consolidación en el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de acuerdos internacionales en materia de vigilancia en salud pública, informará los datos de vigilancia que requieran los organismos internacionales.

(Art. 22 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.9 ***Análisis de la información.*** Todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública deberán realizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, acorde con los lineamientos establecidos en los modelos y protocolos de vigilancia en salud pública, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción.

(Art. 23 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.10 ***Divulgación de resultados.*** Todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública que desarrollen procesos de análisis de información de salud pública, deberán divulgar los resultados de la vigilancia en el ámbito de influencia de cada entidad, con el propósito de orientar las acciones que correspondan frente a la salud colectiva, en la forma y periodicidad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, adaptando la información para su difusión, de acuerdo al medio de divulgación, tipo de población y usuarios a los que se dirige.

(Art. 24 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.11 ***Orientación de la acción en salud pública.*** Las autoridades sanitarias, con base en la información generada por la vigilancia en salud pública, formularán las recomendaciones científicas y técnicas que los responsables de la vigilancia y control epidemiológico deben aplicar para la prevención y control de los problemas de salud de la población. Así mismo, establecerán los mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las recomendaciones y cambios provocados en la situación bajo vigilancia.

(Art. 25 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.12 ***Modelos y protocolos de vigilancia.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos técnicos para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, mediante la expedición o adaptación de modelos y protocolos de vigilancia que serán de utilización obligatoria en todo el territorio nacional, y para lo cual reglamentará la adopción y puesta en marcha de los mismos.

(Art. 26 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.13 ***Estandarización de normas y procedimientos.*** El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, se regirá por las normas y procedimientos estandarizados aplicados a cada evento o grupo de ellos, que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de sus entidades adscritas y de otras instituciones dentro o fuera del sector. La actualización de normas y procedimientos se realizará periódicamente de acuerdo con los cambios de la situación en salud, del evento y/o los avances científicos tecnológicos existentes.

(Art. 27 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.2.14 ***Pruebas especiales para el estudio de eventos de interés en salud pública.*** Las pruebas de laboratorio que se requieran en desarrollo de la vigilancia en salud pública atenderán los requerimientos establecidos en los protocolos para diagnóstico y/o confirmación de los eventos y en las normas que regulan su realización.

Parágrafo. Para la confirmación posterior de las causas de muerte que no hayan sido clarificadas y donde el cuadro clínico previo sea sugestivo de algún evento sujeto a vigilancia o que sea considerado de interés en salud pública, será de obligatorio cumplimiento la realización de necropsias y la toma de muestras de tejidos, en los términos de los artículos 2.8.8.1.2.1 a 2.8.8.1.2.3 de este Decreto o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. La institución que realice el procedimiento deberá garantizar la calidad de la toma, el almacenamiento y envío adecuado de las muestras obtenidas al laboratorio pertinente, así como el reporte oportuno de la información en los protocolos definidos para tal fin.

(Art. 28 del Decreto 3518 de 2006)

Sección 3. Desarrollo y gestión del sistema de vigilancia en salud pública

Artículo 2.8.8.1.3.1 ***Gestión.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para la integración y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así como los lineamientos para la planeación, organización, dirección, operación, seguimiento y evaluación del Sistema en todos los niveles.

Parágrafo. Para garantizar la capacidad de respuesta de las direcciones territoriales de salud en el cumplimiento de la función esencial de la vigilancia en salud pública, el Ministerio de Salud y Protección Social es el competente para reglamentar los requisitos básicos que deben cumplir los servicios de vigilancia en salud pública.

(Art. 29 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.3.2 ***Planeación.*** En concordancia con las normas y disposiciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de vigilancia en salud pública, las diferentes entidades deberán articular los planes y proyectos de ejecución, desarrollo y/o fortalecimiento del Sistema en su jurisdicción, al Plan Sectorial de Salud para efectos de la unidad e integración de acciones en la gestión de la salud pública.

(Art. 30 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.3.3 ***Red de vigilancia.*** Para garantizar el desarrollo y operación sostenida y coordinada del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, la Nación y las direcciones territoriales de salud en sus áreas de jurisdicción, deberán organizar la Red de Vigilancia en Salud Pública, integrando a las entidades que, de acuerdo con los modelos de vigilancia, tienen competencia u obligaciones en el sistema.

(Art. 31 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.3.4 ***Apoyo intersectorial.*** Las entidades y organizaciones de otros sectores del orden nacional y territorial, cuyas actividades influyan directa o indirectamente en la salud de la población, cooperarán con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en los términos establecidos en los modelos de vigilancia y de conformidad con los lineamientos del presente Capítulo, sin perjuicio de sus competencias sobre las materias tratadas.

(Art. 32 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.3.5 ***Integración funcional en el ámbito internacional.*** Para efectos de la armonización eficaz de las medidas de vigilancia y control epidemiológico de los eventos de salud pública de importancia internacional, y las medidas de vigilancia necesarias para detener la propagación transfronteriza de enfermedades y otros eventos de interés en salud pública, los diferentes sectores adoptarán las normas del Reglamento Sanitario Internacional que serán de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

(Art. 33 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.3.6 ***Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional.*** En desarrollo de lo establecido en el numeral 1 del artículo 4 del Reglamento Sanitario Internacional, desígnase al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía o la dependencia que haga sus veces, como Centro Nacional de Enlace, a efectos de intercambiar información con la Organización Mundial de la Salud y demás organismos sanitarios internacionales, en cumplimiento de las funciones relativas a la aplicación del Reglamento, para lo cual el Ministerio reglamentará lo pertinente a la organización y funcionamiento de dicho Centro.

(Art. 34 del Decreto 3518 de 2006)

Sección 4. Régimen de vigilancia y control, medidas sanitarias y sanciones

Artículo 2.8.8.1.4.1 ***Responsabilidades frente a la obligatoriedad de la información epidemiológica.*** Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación o reporte obligatorio, oportuno y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en salud pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.

(Art. 39 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.2 ***Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.*** Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sivigila, el Ministerio de Salud y Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas sanitarias que garanticen la protección de la salud pública y el cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, así como adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 40 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.3 ***Medidas sanitarias.*** Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

a. Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;

b. Cuarentena de personas y/o animales sanos;

c. Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;

d. Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;

e. Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;

f. Clausura temporal parcial o total de establecimientos;

g. Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;

h. Decomiso de objetos o productos;

i. Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;

j. Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada.

Parágrafo 2. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 41 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.4 ***Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos.*** Consiste en el aislamiento o internación de individuos o grupos de personas y/o animales, afectados por una enfermedad transmisible u otros riesgos ambientales, químicos y físicos, que pueda diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales susceptibles. El aislamiento se hará con base en certificado médico y/o veterinario expedido por autoridad sanitaria y se prolongará solo por el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro de contagio o diseminación del riesgo.

(Art. 42 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.5 ***Cuarentena de personas y/o animales sanos.*** Consiste en la restricción de las actividades de las personas y/o animales sanos que hayan estado expuestos, o que se consideran que tuvieron un alto riesgo de exposición durante el periodo de transmisibilidad o contagio a enfermedades transmisibles u otros riesgos, que puedan diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales no expuestas. La cuarentena podrá hacerse en forma selectiva y adaptarse a situaciones especiales según se requiera la segregación de un individuo o grupo susceptible o la limitación parcial de la libertad de movimiento, para lo cual se procederá en coordinación con las autoridades pertinentes y atendiendo las regulaciones especiales sobre la materia. Su duración será por un lapso que no exceda del periodo máximo de incubación de una enfermedad o hasta que se compruebe la desaparición del peligro de diseminación del riesgo observado, en forma tal que se evite el contacto efectivo con individuos que no hayan estado expuestos.

(Art. 43 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.6 ***Vacunación y otras medidas profilácticas.*** Se refiere a la aplicación de métodos y procedimientos de protección específica de comprobada eficacia y seguridad, existentes para la prevención y/o tratamiento presuntivo de enfermedades y riesgos para la salud. Estas medidas podrán exigirse o aplicarse en situaciones de riesgo inminente de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

(Art. 44 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.7 ***Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios.*** Consiste en las medidas y procedimientos existentes para el control o eliminación de agentes o materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios, presentes en las personas, animales, plantas, materia inerte, productos de consumo u otros objetos inanimados, que puedan constituir un riesgo para la salud pública. Incluyen desinfección, descontaminación, desisfestación, desinsectación y desratización.

(Art. 45 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.8 ***Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas.*** Consiste en la orden, por razones de prevención o control epidemiológico, de desocupación o desalojo de un establecimiento o vivienda, cuando se considere que representa un riesgo inminente para la salud y vida de las personas.

(Art. 46 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.9 ***Clausura temporal de establecimientos.*** Consiste en impedir, por razones de prevención o control epidemiológico y por un tiempo determinado, las tareas que se desarrollan en un establecimiento, cuando se considere que están causando un problema sanitario. La clausura podrá aplicarse sobre todo el establecimiento o sobre parte del mismo.

(Art. 47 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.10 ***Suspensión parcial o total de trabajos o servicios.*** Consiste en la orden, por razones de prevención o control epidemiológico, de cese de actividades o servicios, cuando con estos se estén violando las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse sobre todos o parte de los trabajos o servicios que se adelanten o se presten.

(Art. 48 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.11 ***Decomiso de objetos o productos.*** El decomiso de objetos o productos consiste en su aprehensión material, cuando no cumplan con los requisitos, normas o disposiciones sanitarias y por tal motivo constituyan un factor de riesgo epidemiológico. El decomiso se cumplirá colocando los bienes en depósito, en poder de la autoridad sanitaria.

(Art. 49 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.12 ***Destrucción o desnaturalización de artículos o productos.*** La destrucción consiste en la inutilización de un producto o artículo. La desnaturalización consiste en la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos, tendientes a modificar la forma, las propiedades de un producto o artículo. Se llevará a cabo con el objeto de evitar que se afecte la salud de la comunidad.

(Art. 50 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.13 ***Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.*** Consiste en colocar fuera del comercio, temporalmente y hasta por sesenta (60) días, cualquier producto cuyo uso, en condiciones normales, pueda constituir un factor de riesgo desde el punto de vista epidemiológico. Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los bienes. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontraren existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales de seguridad, si es el caso. El producto cuya venta o empleo haya sido suspendido o congelado deberá ser sometido a un análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las normas sanitarias. Según el resultado del análisis el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

(Art. 51 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.14 ***Aplicación de medidas sanitarias.*** Para la aplicación de las medidas sanitarias, las autoridades competentes podrán actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o de parte del interesado. Una vez conocido el hecho o recibida la información, según el caso, la autoridad sanitaria procederá a evaluarlos de manera inmediata y a establecer la necesidad de aplicar las medidas sanitarias pertinentes, con base en los peligros que pueda representar desde el punto de vista epidemiológico.

Establecida la necesidad de aplicar una medida sanitaria, la autoridad competente, con base en la naturaleza del problema sanitario específico, en la incidencia que tiene sobre la salud individual o colectiva y los hechos que origina la violación de las normas sanitarias, aplicará aquella que corresponda al caso. Aplicada una medida sanitaria se procederá inmediatamente a iniciar el procedimiento sancionatorio.

(Art. 52 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.15 ***Efectos de las medidas sanitarias.*** Las medidas sanitarias surten efectos inmediatos, contra las mismas no procede recurso alguno y solo requieren para su formalización, el levantamiento de acta detallada, en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, si es del caso, la cual podrá ser prorrogada. El acta será suscrita por el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia dejando constancia de las sanciones en que incurra quien viole las medidas impuestas. Las medidas sanitarias se levantarán cuando desaparezcan las causas que las originaron.

(Art. 53 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.16 ***Iniciación del procedimiento sancionatorio.*** El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida sanitaria de prevención, seguridad o control en salud pública. El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento, a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le pidan. Aplicada una medida sanitaria, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

Este procedimiento se adelantará aplicando las disposiciones previstas en el Capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

(Art. 54 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.17 ***Obligación de denunciar a la justicia ordinaria.*** Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañando copia de las acciones surtidas. La existencia de un proceso penal o de otra índole, no darán lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio.

(Art. 55 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.18 ***Verificación de los hechos objeto del procedimiento.*** Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación para verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias. En orden a dicha verificación, podrán realizarse todas aquellas diligencias tales como visitas, investigaciones de campo, tomas de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspecciones sanitarias y en general las que se consideren conducentes. El término para la práctica de estas diligencias no podrá exceder de dos (2) meses contados a partir de la fecha de iniciación de la correspondiente investigación.

(Art. 56 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.19 ***Clases de sanciones.*** Las sanciones podrán consistir en amonestaciones, multas, decomiso de productos o artículos y cierre temporal o definitivo de establecimiento, edificación o servicio respectivo.

(Art. 67 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.20 ***Amonestación.*** La amonestación consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado una disposición sanitaria, sin que dicha violación implique peligro para la salud o la vida de las personas y tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión, así como conminar que se impondrá una sanción mayor si se reincide en la falta. En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas si es el caso.

(Art. 68 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.21 ***Multas.*** La multa consiste en la sanción pecuniaria que se impone a una persona natural o jurídica por la violación de las disposiciones sanitarias, mediante la ejecución de una actividad o la omisión de una conducta. Las multas podrán ser sucesivas y su valor en total podrá ser hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes al momento de imponerse.

Las multas deberán cancelarse en la entidad que las hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia que las impone. El no pago en los términos y cuantías señaladas, dará lugar al cobro por jurisdicción coactiva.

(Art. 69 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.22 ***Decomiso***. El decomiso de productos o artículos consiste en su incautación definitiva cuando no cumplan con las disposiciones sanitarias y con ellos se atenté contra la salud individual y colectiva. El decomiso será impuesto mediante resolución motivada, expedida por las autoridades sanitarias competentes en sus respectivas jurisdicciones y será realizado por el funcionario designado al efecto y de la diligencia se levantará un acta que suscribirán el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia. Una copia se entregará a la persona a cuyo cuidado se hubiere encontrado los bienes decomisados.

(Art. 70 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.23 ***Cierre temporal o definitivo de establecimientos, e difamaciones o servicios.*** El cierre temporal o definitivo de establecimientos, edificaciones o servicios consiste en poner fin a las tareas que en ellos se desarrollan por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias. El cierre deberá ser impuesto mediante resolución motivada expedida por la autoridad sanitaria y podrá ordenarse para todo el establecimiento, edificación o servicio o solo para una parte o proceso que se desarrolle en él. La autoridad sanitaria podrá tomar las medidas conducentes a la ejecución de la sanción, tales como imposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

Parágrafo 1. El cierre temporal, total o parcial, según el caso, procede cuando se presente riesgos para la salud de las personas cuya causa pueda ser controlada en un tiempo determinado o determinare por la autoridad sanitaria que impone la sanción. Durante el tiempo de cierre temporal, los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

Parágrafo 2. El cierre definitivo, total o parcial, según el caso, procede cuando las causas no pueden ser controladas en un tiempo determinado o determinare. El cierre definitivo total implica la cancelación del permiso sanitario de funcionamiento que se hubiere concedido al establecimiento o servicio.

(Art. 72 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.24 ***Término de las sanciones.*** Cuando una sanción se imponga por un período, este empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia que la imponga y se computará para efectos de la misma el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

(Art. 73 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.25 ***Coexistencia de sanciones.*** Las sanciones impuestas de conformidad con las normas del presente Capítulo, no eximen de la responsabilidad civil, penal, o de otro orden en que pudiere incurrirse por la violación de la Ley 09 de 1979 y sus disposiciones reglamentarias. El cumplimiento de una sanción no exime al infractor de la ejecución de las medidas sanitarias que hayan sido ordenadas por la autoridad sanitaria.

(Art. 74 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.26 ***Publicidad de los hechos para prevenir riesgos sanitarios.*** Las autoridades sanitarias podrán dar publicidad a los hechos que, como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias, deriven riesgos para la salud de las personas con el objeto de prevenir a la comunidad.

(Art. 75 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.27 ***Obligación de remitir las diligencias a otras autoridades competentes.*** Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una entidad sanitaria, se encuentra que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad, deberán remitirse a ella las diligencias adelantadas para lo que sea pertinente.

(Art. 76 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.28 ***Coordinación de actividades.*** Cuando quiera que existan materias comunes que, para la imposición de medidas sanitarias y/o sanciones, permitan la competencia de diversas autoridades sanitarias, deberá actuarse en forma coordinada con el objeto de que solo una de ellas adelante el procedimiento.

(Art. 77 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.29 ***Aportes de pruebas por otras entidades.*** Cuando una autoridad judicial o entidad pública de otro sector tenga pruebas en relación con conducta, hecho u omisión que esté investigando una autoridad sanitaria, deberán ser puestas a disposición de la autoridad sanitaria, de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación.

Parágrafo. Las autoridades sanitarias podrán comisionar a entidades de otros sectores para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento a su cargo.

(Art. 78 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.8.1.4.30 ***Atribuciones policivas de las autoridades sanitarias.*** Para efectos de la vigilancia y cumplimiento de las normas y la imposición de medidas y sanciones de que trata este Capítulo, las autoridades sanitarias competentes en cada caso serán consideradas como de policía de conformidad con el artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

Parágrafo. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental, distrital o municipal, prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias en orden al cumplimiento de sus funciones.

(Art. 79 del Decreto 3518 de 2006)

Capítulo 2
Red Nacional de Laboratorios

Artículo 2.8.8.2.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

(Art. 1 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.2 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento para quienes integren la Red Nacional de Laboratorios.

(Art. 2 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.3 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

1. **Autorización de laboratorios.** Procedimiento técnico administrativo mediante el cual se reconoce y se autoriza a los laboratorios públicos o privados, previa verificación de idoneidad técnica, científica y administrativa, la realización de exámenes de interés en salud pública, cuyos resultados son de carácter confidencial y de uso exclusivo por la autoridad sanitaria para los fines de su competencia.

2. **Contrarreferencia.** Es la respuesta oportuna que un laboratorio público o privado u otra institución da a una solicitud formal de referencia. La respuesta puede ser la contrarremisión respectiva con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en el laboratorio receptor, o el resultado de los respectivos exámenes de laboratorio.

3. **Exámenes de laboratorio de interés en salud pública.** Pruebas analíticas orientadas a la obtención de resultados para el diagnóstico y/o confirmación de los eventos sujetos a vigilancia en salud pública y exámenes con propósitos de vigilancia y control sanitario, de conformidad con las disposiciones que sobre la materia establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. **Gestión de la calidad en salud pública.** Conjunto de actividades coordinadas para dirigir, controlar y evaluar a las entidades en relación con la calidad de los servicios que ofrecen a los usuarios.

5. **Laboratorio clínico.** Entidad pública o privada en la cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo con los principios básicos de calidad, oportunidad y racionalidad.

6. **Laboratorio de salud pública.** Entidad pública del orden departamental o distrital, encargada del desarrollo de acciones técnico administrativas realizadas en atención a las personas y el medio ambiente con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación.

7. **Laboratorios nacionales de referencia.** Son laboratorios públicos del nivel nacional dentro y fuera del sector salud que cuentan con recursos técnicos y científicos, procesos estructurados, desarrollos tecnológicos y competencias para cumplir funciones esenciales en materia de laboratorio de salud pública y ejercer como la máxima autoridad nacional técnica científica en las áreas de su competencia.

8. **Otros laboratorios.** Entidades públicas o privadas diferentes a los laboratorios clínicos, que perteneciendo a distintos sectores, orientan sus acciones y recursos hacia la generación de información de laboratorio de interés en salud pública.

9. **Red Nacional de Laboratorios.** Sistema técnico gerencial cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia, laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios, y servicios de toma de muestras y microscopia, para el desarrollo de actividades de vigilancia en salud pública, prestación de servicios, gestión de la calidad e investigación.

10 **Referencia.** Mecanismo mediante el cual los laboratorios públicos y privados u otras instituciones remiten o envían pacientes, muestras biológicas o ambientales, medicamentos, productos biológicos, alimentos, cosméticos, bebidas, dispositivos médicos, insumos para la salud y productos varios a otros laboratorios con capacidad de respuesta para atender y procesar la solicitud formal requerida.

11. **Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios**. Conjunto de normas, estándares, estrategias y procesos de planeación, ejecución, evaluación y control que interactúan para el cumplimiento de objetivos y metas orientados al adecuado e integral funcionamiento de la red.

(Art. 3 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.4 ***Ejes estratégicos de la red nacional de laboratorios.*** Los ejes estratégicos sobre los cuales basará su gestión la Red Nacional de Laboratorios para orientar sus procesos y competencias serán los siguientes:

1. **Vigilancia en salud pública.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para apoyar la vigilancia en salud pública y la vigilancia y control sanitario.

2. **Gestión de la calidad.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para el mejoramiento progresivo en el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad.

3. **Prestación de servicios.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para el mejoramiento de la capacidad de oferta de servicios desde los laboratorios públicos y privados en los diferentes niveles territoriales.

4. **Investigación.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para apoyar la investigación desde el laboratorio y contribuir con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, dentro del año siguiente a la expedición del presente Capítulo, el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios, en el cual se desarrollarán los ejes estratégicos y las funciones a cargo de los laboratorios de referencia nacionales, departamentales y del distrito capital, así como los aspectos técnicos administrativos a ser adoptados por los demás integrantes de la red. Las líneas estratégicas de acción podrán ser ampliadas y/o modificadas, según evaluación bianual realizada por la Dirección de la Red Nacional de Laboratorios.

Parágrafo 2. Las direcciones territoriales de salud deberán estructurar dentro de los planes de desarrollo, las acciones que permitan la operativización de procesos en el cumplimiento de lo establecido para el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios dentro de los dos (2) años siguientes a su adopción, sin perjuicio de las competencias que en materia de laboratorio de salud pública deban ejercer las mencionadas direcciones.

(Art. 4 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.5 ***Principios orientadores de la red nacional de laboratorios.*** La organización y funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios se fundamentará, además de los postulados señalados en la Ley 100 de 1993, en los siguientes principios orientadores:

1. Eficacia en el desarrollo de acciones capaces de garantizar la obtención de resultados esperados a través de la gestión técnica y administrativa de todos sus integrantes.

2. Eficiencia en el desarrollo de su capacidad, ofreciendo servicios a través de instituciones que administren sus recursos de acuerdo con las necesidades de salud demandadas por la población.

3. Calidad en todos los procesos y procedimientos técnico administrativos que realicen sus integrantes, de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales con el fin de garantizar la veracidad, oportunidad y confiabilidad de sus resultados.

4. Universalidad de los servicios, propendiendo por la cobertura progresiva en todo el país y de acuerdo con las necesidades de protección de la salud pública.

5. Unidad e integración funcional de los laboratorios públicos, privados y mixtos que participan en la Red, independientemente de su nivel de desarrollo, área de competencia, especialidad o nivel territorial al que pertenezcan.

(Art. 5 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.6 ***Integración funcional en el ámbito internacional.*** Para la integración de la Red Nacional de Laboratorios a las redes internacionales, los respectivos sectores adoptarán los mecanismos efectivos para la armonización de normas y estándares de calidad, el reconocimiento de laboratorios nacionales de referencia y el funcionamiento óptimo de sistemas de referencia y contrarreferencia en el ámbito internacional.

(Art. 6 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.7 ***Dirección de la red nacional de laboratorios.*** El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá la Red Nacional de Laboratorios y definirá las políticas, programas, planes y proyectos requeridos para su adecuado funcionamiento.

(Art. 7 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.8 ***Integrantes de la red nacional de laboratorios.*** La Red Nacional de Laboratorios estará integrada por:

1. El Instituto Nacional de Salud, INS.

2. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.

3. Los laboratorios de Salud Pública Departamentales y del Distrito Capital de Bogotá.

4. Los laboratorios clínicos, de citohistopatología, de bromatología, de medicina reproductiva, bancos de sangre y componentes anatómicos y otros laboratorios que realicen análisis de interés para la vigilancia en salud pública y para la vigilancia y control sanitario.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Salud, INS, y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, serán laboratorios de referencia del nivel nacional y los laboratorios departamentales de salud pública y del distrito capital lo serán en sus respectivas jurisdicciones. Para efectos del presente Capítulo, los laboratorios nacionales de referencia de otros sectores que tengan relación con la salud humana cooperarán con la Red Nacional de Laboratorios según sus competencias normativas.

(Art. 8 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.9 ***Competencias de los laboratorios nacionales de referencia.*** El Instituto Nacional de Salud, INS, y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, ejercerán conjuntamente la coordinación de

la Red Nacional de Laboratorios y además, de las competencias propias asignadas por ley, cumplirán las siguientes funciones:

1. Asesorar y apoyar técnicamente al Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación de políticas, normas y directrices relacionadas con la Red Nacional de Laboratorios, de acuerdo con las competencias a su cargo.

2. Ejecutar las políticas, programas, planes y proyectos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la Red Nacional de Laboratorios.

3. Mantener actualizado el diagnóstico organizacional y de capacidad de oferta de la Red Nacional de Laboratorios.

4. Realizar alianzas estratégicas con entidades del orden nacional e internacional, que permitan fortalecer la Red Nacional de Laboratorios del país.

5. Implementar el sistema de gestión adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social para el funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios.

6. Desarrollar las acciones que garanticen la eficiente operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública acorde con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el componente de laboratorio.

7. Diseñar e implementar el Sistema de Información para la Red Nacional de Laboratorios de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

8. Diseñar, validar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación que garantice un control eficiente y eficaz de la gestión de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

9. Realizar según sus competencias, las pruebas de laboratorio de alta complejidad para la vigilancia en salud pública, así como las pruebas para la vigilancia y control sanitario.

10. Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en el desarrollo de las políticas de vigilancia e investigación de los efectos en salud asociados a las actividades de otros sectores, en tanto estas puedan afectar la salud humana.

11. Propender por el cumplimiento de estándares de calidad tendientes a la acreditación de sus procesos técnicos, científicos y administrativos.

12. Definir los estándares de calidad para la autorización de las instituciones o laboratorios que ofrezcan la realización de análisis propios de los laboratorios de salud pública.

13. Supervisar el cumplimiento de los estándares de calidad a los laboratorios e instituciones que soliciten autorización para realizar análisis de interés en salud pública.

14. Definir, vigilar y controlar el cumplimiento de estándares de calidad que deben cumplir los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital.

15. Vigilar la calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública desarrollados por los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital.

16. Participar en programas de evaluación externa del desempeño con instituciones nacionales e internacionales.

17. Aplicar las normas de bioseguridad en los procedimientos de laboratorio incluyendo la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos, así como establecer el plan integral de gestión para el manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad vigente.

18. Realizar la validación de reactivos, pruebas diagnósticas y de técnicas y procedimientos analíticos, acorde con sus competencias y según la normatividad vigente.

19. Apoyar y promover la realización de investigaciones en salud y en biomedicina según las necesidades del país y directrices dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

20. Proponer y divulgar las normas científicas y técnicas que sean aplicables para el fortalecimiento de la Red.

21. Promover y realizar actividades de capacitación en temas de laboratorio que fortalezcan la gestión de la Red Nacional de Laboratorios prioritariamente para las instituciones del sector público.

22. Desarrollar, aplicar y transferir ciencia y tecnología en las áreas de su competencia.

23. Prestar asesoría y asistencia técnica a los laboratorios de salud pública en aspectos relacionados con sus competencias.

Parágrafo. De conformidad con el interés público de la salud, los laboratorios de otros sectores y sus regionales que generen información de interés para la salud pública, mediante procesos concertados de coordinación y retroalimentación, articularán acciones, de manera continua, con el fin de orientar las intervenciones en las áreas que se requieran.

(Art. 9 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.10 ***Competencias de las direcciones territoriales de salud.*** Las direcciones territoriales de salud asumirán la dirección y coordinación de la red de laboratorios en el ámbito departamental o distrital, para lo cual deberán cumplir con las siguientes funciones:

1. Establecer mecanismos para organizar y controlar el funcionamiento de la Red en su jurisdicción.

2. Adoptar las políticas nacionales de la Red Nacional de Laboratorios.

3. Establecer los objetivos, metas y estrategias de la red a nivel departamental o distrital.

4. Adoptar, difundir e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional.

5. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad de los laboratorios autorizados para la realización de exámenes de interés en salud pública que operen en su jurisdicción.

7. Mantener el diagnóstico actualizado de la oferta de laboratorios públicos y privados, así como de laboratorios de otros sectores con presencia en su jurisdicción y que tengan relación con la salud pública.

8. Organizar y orientar la aplicación de procedimientos para la remisión de muestras y recepción de resultados.

9. Desarrollar las acciones que garanticen la eficiente operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública acorde con los lineamientos que para el componente de laboratorio defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

10. Brindar asistencia técnica a los laboratorios de su área de influencia en temas relacionados con las líneas estratégicas para el eficaz funcionamiento de la Red, con prioridad en las instituciones del sector público.

11. Promover y realizar actividades de capacitación en temas de interés para los integrantes de la red según las necesidades.

12. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para el manejo de la información del Laboratorio de Salud Pública y en general de la Red de Laboratorios en su jurisdicción.

13. Propiciar alianzas estratégicas que favorezcan la articulación intersectorial en su jurisdicción para garantizar la integración funcional de los actores de la Red en consonancia con los lineamientos definidos por la Comisión Nacional Intersectorial.

14. Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos las normas vigentes, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.

Parágrafo 1. Para el cumplimiento de las funciones descritas en el presente artículo, la Dirección Territorial de Salud deberá garantizar la infraestructura y el talento humano necesarios para mantener la capacidad de respuesta a nivel de dirección y coordinación de la Red de Laboratorios en su jurisdicción.

Parágrafo 2. Las direcciones territoriales de salud deberán garantizar la infraestructura y el desarrollo de los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital, y sin perjuicio de las funciones y obligaciones a su cargo, podrán contratar la realización de pruebas de laboratorio de interés en salud pública con otros laboratorios públicos o privados dentro o fuera de su jurisdicción, siempre y cuando cuenten con la respectiva verificación del cumplimiento de estándares de calidad para la autorización según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.11 ***Comité técnico departamental y distrital.*** Los departamentos y el distrito capital crearán Comités Técnicos en sus respectivas jurisdicciones, integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la Red.

El Comité Técnico definirá su propio reglamento interno, se reunirá ordinariamente una (1) vez por semestre y será presidido por el director territorial de salud. La Secretaría Técnica estará a cargo del responsable del área de salud pública de la dirección territorial de salud.

(Art. 13 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.12 ***Funciones de los comités técnicos departamentales y del distrito capital.*** Para el adecuado funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios en el ámbito departamental y del distrito capital, los Comités Técnicos tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar y apoyar al secretario de salud departamental o distrital en la adopción e implementación de los lineamientos dados por el nivel nacional para la Red Nacional de Laboratorios.

2. Proponer mecanismos que permitan mejorar el funcionamiento de los laboratorios de salud pública en consonancia con las normas técnicas y administrativas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Estudiar y aprobar los proyectos presentados por la Secretaría Técnica del Comité.

4. Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación de la Red de Laboratorios en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos nacionales.

5. Orientar la toma de decisiones con base en información generada por la Red de Laboratorios de su jurisdicción.

6. Promover la realización de alianzas estratégicas intersectoriales en su jurisdicción

(Art. 14 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.13 ***Dirección de los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital.*** La dirección de los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital estará a cargo de las correspondientes direcciones territoriales de salud, las cuales deberán garantizar el cumplimiento de las competencias en materia de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario.

(Art. 15 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.14 ***Competencias de los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital.*** Los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital, como laboratorios de referencia en su jurisdicción, serán los actores intermedios de articulación en el área de su competencia entre el nivel nacional y municipal y tendrán las siguientes funciones:

1. Desarrollar los procesos encaminados a su integración funcional a la Red de Laboratorios y al cumplimiento de sus funciones de manera coordinada y articulada con las instancias técnicas de la dirección territorial de salud afines con sus competencias.

2. Realizar exámenes de laboratorio de interés en salud pública en apoyo a la vigilancia de los eventos de importancia en salud pública, vigilancia y control sanitario.

3. Adoptar e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional en los temas de su competencia.

4. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Recopilar, procesar, analizar y difundir oportunamente datos y resultados de los análisis de laboratorio de interés en salud pública, con el fin de apoyar la toma de decisiones para la vigilancia y control sanitario.

6. Implementar el sistema de gestión de la calidad para garantizar la oportunidad, confiabilidad y veracidad de los procedimientos desarrollados.

7. Participar en los programas nacionales de evaluación externa del desempeño acorde con los lineamientos establecidos por los laboratorios nacionales de referencia.

8. Vigilar la calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública desarrollados por los laboratorios del área de influencia.

9. Implementar los programas de bioseguridad y manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad nacional vigente.

10. Cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio.

11. Realizar los análisis de laboratorio en apoyo a la investigación y control de brotes, epidemias y emergencias.

12. Realizar y participar activamente en investigaciones de los principales problemas de salud pública, según las directrices nacionales y las necesidades territoriales.

13. Brindar capacitación y asistencia técnica a los municipios y a otras entidades dentro y fuera del sector salud en las áreas de sus competencias.

14. Participar en el sistema de referencia y contrarreferencia de muestras biológicas, ambientales e insumos de acuerdo con los lineamientos nacionales.

15. Realizar análisis periódicos de la demanda y oferta de exámenes de laboratorio de interés en salud pública.

(Art. 16 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.15 ***Responsabilidades de las direcciones locales de salud.*** Las direcciones locales de salud estarán encargadas de identificar y mantener un directorio actualizado de los laboratorios públicos y privados de la jurisdicción municipal, independientemente del sector al que pertenezcan, del nivel de complejidad, especialización, o áreas temáticas desarrolladas, así como los servicios de toma de muestra y redes de microscopistas, con el propósito de contribuir con el nivel departamental en la integración funcional de estos a la Red Nacional de Laboratorios y al cumplimiento de metas propuestas en temas relacionados con la gestión de la misma.

Parágrafo. El municipio deberá dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos las normas vigentes, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requiera y justifique.

(Art. 17 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.16 ***Competencias de los integrantes de la red nacional de laboratorios en el nivel municipal.*** Los laboratorios públicos y privados de la jurisdicción municipal, independientemente del nivel de complejidad, especialización, o áreas temáticas desarrolladas, así como los servicios de toma de muestra y redes de microscopistas, tendrán las siguientes funciones:

1. Desarrollar la gestión para su integración funcional a la Red Nacional de Laboratorios.

2. Apoyar a la entidad territorial en la realización de pruebas de laboratorio, según su capacidad y área de especialización, en caso de emergencia sanitaria o cuando en el territorio no exista otra entidad estatal que pueda suplir la necesidad inmediata o de fuerza mayor.

3. Adoptar las directrices nacionales y territoriales que permitan su articulación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública y su participación en el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios.

4. Informar de manera obligatoria y oportuna a la Dirección Local de Salud, los datos y resultados de pruebas de laboratorio de interés en salud pública a los interesados para la toma de decisiones.

5. Implementar un sistema de gestión de la calidad y participar en los programas de evaluación externa del desempeño.

6. Aplicar las normas de bioseguridad y manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad nacional vigente.

7. Cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio.

8. Prestar los servicios de recepción y/o toma de muestra, conservación, transporte, procesamiento, análisis e informe de resultados de laboratorio de manera oportuna, eficiente y confiable.

9. Participar en el sistema de referencia y contrarreferencia de muestras biológicas, ambientales e insumos de acuerdo con los lineamientos nacionales y territoriales.

Parágrafo. Los servicios de toma de muestras y los puestos de microscopia deberán adoptar y cumplir con los estándares de calidad de acuerdo con la complejidad del servicio que prestan, bajo la supervisión y monitoreo de laboratorios o entidades de salud de los cuales dependan funcionalmente en el nivel local, de manera que se garantice la calidad y bioseguridad en procedimientos de recolección, conservación y transporte de muestras, procesamiento y análisis, reportes y remisiones.

(Art. 18 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.17 ***Estándares de calidad y autorización de laboratorios.*** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los estándares de calidad en salud pública y procesos, y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –Invima- y el Instituto Nacional de Salud –INS- regularán los trámites de autorización de laboratorios que se incorporen a la Red Nacional de Laboratorios como prestadores de servicios de laboratorio de interés en salud pública.

(Art. 19 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.18 ***Acreditación de laboratorios.*** La acreditación de laboratorios se realizará conforme a la normatividad vigente del sistema nacional de normalización, certificación y metrología, sin perjuicio del cumplimiento de los estándares sectoriales que para el tema defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Los Laboratorios Nacionales de Referencia y los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital deberán orientar su gestión para el cumplimiento progresivo de los estándares de calidad requeridos para su acreditación.

(Art. 20 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.19 ***Sistema de información de la red nacional de laboratorios.*** La gestión de la información generada por los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios será de carácter obligatorio y se realizará a través del sistema informático que para los efectos defina el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema Integral de Información de la Protección Social, Sispro o el que haga sus veces.

(Art. 21 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.20 ***Carácter confidencial de la información sobre los resultados de los exámenes de laboratorio.*** La información generada por las instituciones que realizan análisis de laboratorio es de carácter confidencial y será utilizada únicamente para el cumplimiento de los fines correspondientes por las autoridades sanitarias o cuando sea requerida por autoridades del poder judicial.

(Art. 22 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.21 ***Financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública.*** La financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, acorde con las normas vigentes, se realizará de la siguiente manera:

1. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para la vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, así como los requeridos para control de calidad, que realicen los Laboratorios Nacionales de Referencia, los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital, serán financiados con recursos del presupuesto general de la Nación asignados a dichas entidades.

2. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública y los requeridos para su control de calidad realizados por los Laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital para la vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, serán financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios de la entidad territorial.

3. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud o con cargo a los recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con la normatividad vigente.

4. Los exámenes solicitados por Autoridades de Investigación y Control, se realizarán previa suscripción de convenios con el respectivo laboratorio, en el cual se deberá establecer el régimen de los costos derivados por dicha realización.

(Art. 23 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.22 ***Venta de servicios.*** Los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital, de conformidad con características especiales de ubicación, acceso, capacidad de respuesta, desarrollo tecnológico y capacidad de gestión, podrán ofrecer servicios a otras entidades territoriales, siempre y cuando

esté garantizada la satisfacción de la demanda de su propio territorio y no existan incompatibilidades con sus funciones, o cuando se requiera atender prioridades nacionales de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario en zonas especiales.

(Art. 24 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.23 ***Autoridades sanitarias de la red nacional de laboratorios.*** Por autoridades sanitarias de la Red Nacional de Laboratorios, se entienden el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud, el Instituto Nacional de Salud, INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley, ejercen funciones de inspección, vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública y el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Capítulo.

(Art. 25 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.8.2.24 ***Vigilancia y control.*** La autoridad competente aplicará las medidas de seguridad, sanciones y el procedimiento establecido en la ley a los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios que incumplan con lo dispuesto en el presente Capítulo, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

(Art. 26 del Decreto 2323 de 2006)

Capítulo 3
Laboratorios de genética

Artículo 2.8.8.3.1 ***Definiciones.*** Para efectos de aplicación e interpretación del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

Certificación. Procedimiento mediante el cual los organismos certificadores debidamente acreditados expiden la constancia por escrito o por medio de un sello de conformidad, que los servicios que se prestan en los laboratorios de genética públicos o privados donde se realizan las pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN, cumplen con los requisitos establecidos en la norma técnica u otro documento normativo respectivo.

Laboratorios certificados. Son aquellos laboratorios de genética públicos o privados que practican pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN, certificados por los organismos competentes debidamente acreditados.

Acreditación. Es el proceso voluntario mediante el cual los laboratorios de genética públicos o privados que practican pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN, demuestran el cumplimiento de estándares internacionales definidos y aprobados por la Comisión de Acreditación y Vigilancia.

(Art. 1 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.8.3.2 ***Organismos nacionales*** *responsables de la*

certificación. Los laboratorios de genética públicos o privados que se autoricen legalmente para la práctica de pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN solo podrán ser certificados por los organismos certificadores debidamente acreditados por la autoridad competente de conformidad con el Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

(Art. 2 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.8.3.3 ***Organismo nacional responsable de la acreditación.*** Los laboratorios de genética señalados en la presente norma, deberán ser acreditados por la entidad competente de conformidad con Capítulo 7 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1074 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

(Art. 3 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.8.3.4 ***Competencias por parte de las entidades departamentales o distritales de salud.*** Las entidades departamentales o distritales de salud, deberán dar cumplimiento estricto a las competencias establecidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, igualmente deberán tener en cuenta las reglamentaciones, condiciones, recomendaciones e informes de la Comisión de Acreditación y Vigilancia, de acuerdo con las funciones asignadas mediante Decreto 1562 de 2002, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

Parágrafo. El plan de visitas elaborado por las entidades departamentales o distritales de salud, priorizará a los laboratorios de genética que practiquen pruebas de paternidad o maternidad, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a su inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y tendrán quince (15) días calendario adicionales para expedir el certificado de cumplimiento frente a las normas de laboratorio clínico.

(Art. 4 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.8.3.5 ***Laboratorios autorizados para la práctica de pruebas.*** Las pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN de que trata el presente Capítulo, que son realizadas por el Estado solo podrán hacerse directamente o a través de laboratorios públicos o privados legalmente autorizados que cumplan con los requisitos de laboratorio clínico, se encuentren certificados y acreditados por los organismos competentes.

(Art. 5 del Decreto 2112 de 2003)

TÍTULO 9
AUTOPSIAS CLÍNICAS, MEDICO-LEGALES Y VISCEROTOMIAS

Artículo 2.8.9.1 ***Definición de autopsia.*** Denomínase AUTOPSIA o NECROPSIA al procedimiento mediante el cual a través de observación, intervención y análisis de un cadáver, en forma tanto externa como interna y teniendo en cuenta, cuando sea del caso, el examen de las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el mismo, así como las circunstancias conocidas como anteriores o posteriores a la muerte, se obtiene información para fines científicos o jurídicos.

(Art. 1 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.2 ***Definición de viscerotomía.*** Entiéndese por VISCEROTOMIA la recolección de órganos o toma de muestras de cualquiera de los componentes anatómicos contenidos en las cavidades del cuerpo humano, bien sea para fines médico-legales, clínicos, de salud pública, de investigación o docencia.

(Art. 2 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.3 ***Clasificación de las autopsias.*** De manera general las autopsias se clasifican en MEDICO-LEGALES y CLINICAS. Son médico-legales cuando se realizan con fines de investigación judicial y son clínicas en los demás casos.

(Art. 3 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.4 ***Tipos de autopsias médico-legales.*** Las autopsias médico-legales y clínicas, de acuerdo con el fin que persigan, podrán ser, conjunta o separadamente:

a) *Sanitarias:* si atienden al interés de la salud pública;

b) *Docentes:* cuando su objetivo sea ilustrar procesos de enseñanza y aprendizaje;

c) *Investigativas:* cuando persigan fines de investigación científica, pura o aplicada.

(Art. 4 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.5 ***Objetivos de las autopsias médico-legales.*** Son objetivos de las autopsias médico-legales los siguientes:

a) Establecer las causas de la muerte, la existencia de patologías asociadas y de otras particularidades del individuo y de su medio ambiente;

b) Aportar la información necesaria para diligenciar el certificado de defunción;

c) Verificar o establecer el diagnóstico sobre el tiempo de ocurrencia de la muerte (cronotanatodiagnóstico);

d) Contribuir a la identificación del cadáver;

e) Ayudar a establecer las circunstancias en que ocurrió la muerte y la manera como se produjo (homicidio, suicidio, accidente, natural o indeterminada), así como el mecanismo o agente vulnerante;

f) Establecer el tiempo probable de expectativa de vida, teniendo en cuenta las tablas de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE, y la historia natural de las patologías asociadas;

g) Cuando sea del caso, establecer el tiempo probable de sobrevivencia y los hechos o actitudes de posible ocurrencia en dicho lapso, teniendo en cuenta la naturaleza de las lesiones causantes de la muerte;

h) Aportar información para efectos del dictamen pericial;

i) Practicar viscerotomías para recolectar órganos u obtener muestras de componentes anatómicos o líquidos orgánicos para fines de docencia o investigación.

Parágrafo. En ningún caso y por ningún motivo la práctica de una viscerotomía puede ser realizada como sustitución de una autopsia médico-legal.

(Art. 5 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.6 ***Casos en los que deben realizarse autopsias médico-legales.*** Las autopsias médico-legales procederán obligatoriamente en los siguientes casos:

a) Homicidio o sospecha de homicidio;

b) Suicidio o sospecha de suicidio;

c) Cuando se requiera distinguir entre homicidio y suicidio;

d) Muerte accidental o sospecha de la misma;

e) otras muertes en las cuales no exista claridad sobre su causa, o la autopsia sea necesaria para coadyuvar a la identificación de un cadáver cuando medie solicitud de autoridad competente.

(Art. 6 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.7 ***Autopsias que se encuentran dentro de los casos obligatorios.*** Dentro de las autopsias que proceden obligatoriamente, distínganse de manera especial las siguientes:

a) Las practicadas en casos de muertes ocurridas en personas bajo custodia realizada u ordenada por autoridad oficial, como aquellas privadas de la libertad o que se encuentren bajo el cuidado y vigilancia de entidades que tengan como objetivo la guarda y protección de personas;

b) Las practicadas en casos de muertes en las cuales se sospeche que han sido causadas por enfermedad profesional o accidente de trabajo.

c) Las realizadas cuando se sospeche que la muerte ha sido causada por la utilización de agentes químicos o biológicos, drogas, medicamentos, productos de uso doméstico y similares;

d) Las que se llevan a cabo en cadáveres de menores de edad cuando se sospeche que la muerte ha sido causada por abandono o maltrato;

e) Las que se practican cuando se sospeche que la muerte pudo haber sido causada por un acto médico;

f) Las que se realizan en casos de muerte de gestantes o del producto de la concepción cuando haya sospecha de aborto no espontáneo.

(Art. 7 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.8 ***Requisitos previos para la práctica de autopsias médico-legales.*** Son requisitos previos para la práctica de autopsias médico-legales, los siguientes:

a) Diligencia de levantamiento del cadáver, confección del acta correspondiente a la misma y envío de esta al perito, conjuntamente con la historia clínica en aquellos casos en que la persona fallecida hubiese recibido atención médica por razón de los hechos causantes de la muerte. Para los fines anteriores es obligatorio utilizar el Formato Nacional de Acta de Levantamiento del Cadáver;

b) Solicitud escrita de autoridad competente, utilizando para los efectos el Formato Nacional de Acta de Levantamiento del Cadáver;

c) Ubicación del cadáver, por parte de una autoridad u otras personas, en el sitio que el perito considere adecuado para su aislamiento y protección.

Parágrafo 1. Cuando la muerte ocurra en un establecimiento médico-asistencial, el médico que la diagnostique entregará de manera inmediata la historia clínica correspondiente al director de la entidad o a quien haga sus veces, dado que por constituir un elemento de prueba en el ámbito jurisdiccional debe ser preservada y custodiada como tal.

Parágrafo 2. La solicitud que haga la autoridad competente a que se refiere el literal b) de este artículo, será procedente en ejercicio de la autonomía del funcionario por razón de sus funciones o a petición de un tercero en los casos previstos en el presente Título.

(Art. 8 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.9 ***Profesionales competentes para realizar la práctica de autopsias médico-legales.*** Son competentes para la práctica de autopsias médico-legales los siguientes profesionales:

a) Médicos dependientes de Medicina Legal, debidamente autorizados;

b) Médicos en servicio social obligatorio;

c) Médicos Oficiales;

d) Otros médicos, designados para realizarlas por parte de una autoridad competente y previa su posesión para tales fines.

Parágrafo. Los profesionales indicados en este artículo, deberán ser médicos legalmente titulados en Colombia o con título reconocido oficialmente de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

(Art. 9 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.10 ***Cadena de custodia de las evidencias o pruebas físicas.*** Para el cumplimiento de los objetivos de las autopsias médico-legales previstas en este Título, las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el cadáver, disponibles en el lugar de los hechos, así como la información pertinente a las circunstancias conocidas anteriores y posteriores a la muerte, una vez recolectadas quedarán bajo la responsabilidad de los funcionarios o personas que formen parte de una cadena de custodia que se inicia con la autoridad que deba practicar la diligencia de levantamiento del cadáver y finaliza con el juez de la causa y demás autoridades del orden jurisdiccional que conozcan de la misma y requieran de los elementos probatorios para el ejercicio de sus funciones.

(Art. 10 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.11 ***Deberes de los funcionarios o personas que intervengan en la cadena de custodia.*** Los funcionarios o personas que intervengan en la cadena de custodia a que se refiere el artículo anterior, para los fines relacionados con la determinación de responsabilidades, deberán dejar constancia escrita sobre:

a) La descripción completa y discriminada de los materiales y elementos relacionados con el caso, incluido el cadáver;

b) La identificación del funcionario o persona que asume la responsabilidad de la custodia de dicho material, señalando la calidad en la cual actúa, e indicando el lapso, circunstancias y características de la forma en que sea manejado.

(Art. 11 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.12 ***Responsabilidad del transporte del cadáver.*** La responsabilidad del transporte del cadáver, así como de la custodia de las muestras tomadas del mismo y de las demás evidencias, estará radicada en cabeza de las autoridades correspondientes.

(Art. 12 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.13 ***Identificación del sitio donde fueron removidas o encontradas las evidencias.*** Para preservar la autenticidad de las evidencias, se indicará con exactitud el sitio desde el cual fueron removidas o el lugar en donde fueron encontradas y serán marcadas, guardadas y protegidas adecuadamente por quien tenga la responsabilidad de su custodia en el momento en que se realicen estas acciones.

(Art. 13 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.14 ***Disposiciones sobre protección y transporte de cadáveres.*** La Dirección General del Instituto de Medicina Legal señalará la manera como deban protegerse y transportarse los cadáveres que requieran autopsia médico-legal, así como las formas de recolectar, marcar, guardar y proteger las evidencias a que se refiere el artículo anterior.

(Art. 14 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.15 ***Objetivos de las autopsias clínicas.*** Son objetivos de las autopsias clínicas los siguientes:

a) Establecer las causas de la muerte, así como la existencia de patologías asociadas y otras particularidades del individuo y de su medio ambiente;

b) Aportar la información necesaria para diligenciar el certificado de defunción;

c) Confirmar o descartar la existencia de una entidad patológica específica,

d) Determinar la evolución de las patologías encontradas y las modificaciones debidas al tratamiento en orden a establecer la causa directa de la muerte y sus antecedentes;

e) Efectuar la correlación entre los hallazgos de la autopsia y el contenido de la historia clínica correspondiente, cuando sea del caso;

f) Practicar viscerotomías para recolectar órganos u obtener muestras de componentes anatómicos o líquidos orgánicos para fines de docencia o investigación.

(Art. 15 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.16 ***Requisitos previos para la práctica de autopsias clínicas.*** Son requisitos previos para la práctica de autopsias clínicas los siguientes:

a) Solicitud del médico tratante, previa autorización escrita de los deudos o responsables de la persona fallecida;

b) Disponibilidad de la historia clínica, cuando sea del caso;

c) Ubicación del cadáver en el sitio que el establecimiento médico-asistencial correspondiente haya destinado para la práctica de autopsias.

Parágrafo. En casos de emergencia sanitaria o en aquellos en los cuales la investigación científica con fines de salud pública así lo demande y en los casos en que la exija el médico que deba expedir el certificado de defunción, podrá practicarse la autopsia aun cuando no exista consentimiento de los deudos.

(Art. 16 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.17 ***Médicos que pueden practicar autopsias clínicas***. Las autopsias clínicas podrán ser practicadas por:

a) Médicos designados para tales fines por la respectiva institución médico-asistencial, de preferencia patólogos o quienes adelanten estudios de post-grado en patología;

b) El médico que deba expedir el certificado de defunción cuando la autopsia constituya una condición previa exigida por el mismo.

Parágrafo. Los profesionales a que se refiere el presente artículo deberán ser médicos con título legalmente obtenido en Colombia o reconocido de acuerdo con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

(Art. 17 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.18 ***Viscerotomías médico-legales.*** Las viscerotomías son médico-legales cuando su práctica hace parte del desarrollo de una autopsia medico-legal y clínicas, en los demás casos.

(Art. 18 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.19 ***Entidades que pueden practicar viscerotomías.*** Las entidades diferentes de las que cumplen objetivos médico-legales, únicamente podrán practicar viscerotomías para fines docentes o de investigación, previa autorización de los deudos de la persona fallecida, requisito este que no será necesario en los casos en que deban realizarse por razones de emergencia sanitaria o de investigación científica con fines de salud pública.

(Art. 19 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.20 ***Constancia escrita cuando se practique una viscerotomía.*** Cuando quiera que se practique una viscerotomía deberá dejarse constancia escrita del fin perseguido con la misma y de los componentes anatómicos retirados y su destino.

(Art. 20 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.21 ***Viscerotomías necesarias para el control de la fiebre amarilla.*** Las viscerotomías necesarias para la vigilancia y control epidemiológico de la fiebre amarilla, continuarán realizándose con sujeción a la normativa vigente

(Art. 21 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.22 ***Inicio de la autopsia médico legal.*** La autopsia médico legal se inicia cuando el médico autorizado para practicarla efectúa con tal propósito la observación del cadáver.

(Art. 24 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.23 ***Requisitos mínimos para la práctica de autopsias***. Son requisitos mínimos de apoyo para la práctica de autopsias los siguientes:

a) Privacidad, es decir condiciones adecuadas de aislamiento y protección;

b) Iluminación suficiente.

c) Agua corriente.

d) Ventilación;

e) Mesa especial para autopsias;

f) Disponibilidad de energía eléctrica.

En los casos de autopsias médico-legales las autoridades judiciales y de policía tomarán las medidas que sean necesarias para que se cumplan estos requisitos.

Parágrafo. En circunstancias excepcionales, las autopsias podrán ser practicadas utilizando para colocar el cadáver una mesa u otro soporte adecuado. Igualmente podrán realizarse sin el requisito de energía eléctrica y aunque el agua no sea corriente.

(Art. 27 y 28 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.24 ***Lugares para la práctica de autopsias.*** Distínganse los siguientes lugares para la práctica de autopsias:

a) Las salas de autopsias de Medicina Legal, cuando se trate de autopsias médico-legales, o en su defecto, las previstas en los siguientes literales de este artículo;

b) Las salas de autopsias de los hospitales cuando se trate de cadáveres distintos de aquellos que están en descomposición o hayan sido exhumados;

c) Las salas de autopsias de los cementerios públicos o privados así como otros lugares adecuados, cuando se trate de municipios que no cuenten con hospital.

Parágrafo 1. A juicio del perito y en coordinación con las autoridades, las autopsias médico-legales se podrán realizar en lugares distintos de los indicados en este artículo.

Parágrafo 2. En los casos de autopsias de cadáveres en descomposición o exhumados, estas podrán ser realizadas en cualquiera de los lugares indicados en este artículo, distintos de los hospitales.

(Art. 29 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.25 ***Obligación de adecuar salas de autopsias.*** Los hospitales, clínicas y cementerios públicos o privados tienen la obligación de construir o adecuar sus respectivas salas de autopsias.

(Art. 30 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.26 ***Tiempo para la práctica de autopsias.*** Con el fin de que la información obtenida mediante la práctica de las autopsias y viscerotomías a que se refiere este Título sea adecuada para los objetivos que con las mismas se persiguen, deberán practicarse dentro del menor tiempo posible a partir del momento de la muerte.

(Art. 31 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.27 ***Notificación de enfermedades epidemiológicamente importantes.*** Tanto para autopsias como para viscerotomías, sean médico-legales o clínicas, los resultados positivos para enfermedades epidemiológicamente importantes deberán notificarse a las autoridades sanitarias de conformidad con la legislación vigente sobre la materia.

(Art. 32 del Decreto 786 de 1990)

Artículo 2.8.9.28 ***Manifestación de voluntad.*** Para los efectos de este Título, cuando quiera que deba hacerse una manifestación de voluntad como deudo de una persona fallecida, se tendrá en cuenta el siguiente orden:

a) El cónyuge no divorciado o separado de cuerpos;

b) Los hijos legítimos o naturales, mayores de edad;

c) Los padres legítimos o naturales;

d) Los hermanos legítimos o naturales, mayores de edad;

e) Los abuelos y nietos;

f) Los parientes consanguíneos en la línea colateral hasta el tercer grado;

g) Los parientes afines hasta el segundo grado.

Los padres adoptantes y los hijos adoptivos ocuparán dentro del orden señalado en este artículo, el lugar que corresponde a los padres e hijos por naturaleza.

Cuando quiera que a personas ubicadas dentro del mismo numeral de este artículo, corresponda expresar su consentimiento, en ausencia de otras con mayor derecho

dentro del orden allí señalado, y manifiesten voluntad encontrada, prevalecerá la de la mayoría. En caso de empate, se entenderá negado el consentimiento.

Para ejercer el derecho de oponerse a que se refiere el artículo 2.8.8.23 de este Título serán tomados en cuenta los deudos que se presenten y acrediten su condición de tales con anterioridad al comienzo de la autopsia.

(Art. 33 del Decreto 786 de 1990)

TÍTULO 10
GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

Artículo 2.8.10.1 ***Objeto.*** El presente Título tiene por objeto reglamentar ambiental y sanitariamente la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

(Art. 1 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.2 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones establecidas mediante el presente Título aplican a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que generen, identifiquen, separen, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, aprovechen, traten o dispongan finalmente los residuos generados en desarrollo de las actividades relacionadas con:

1. Los servicios de atención en salud, como actividades de la práctica médica, práctica odontológica, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y otras actividades relacionadas con la salud humana, incluidas las farmacias y farmacias-droguerías.

2. Bancos de sangre, tejidos y semen.

3. Centros de docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres.

4. Bioterios y laboratorios de biotecnología.

5. Los servicios de tanatopraxia, morgues, necropsias, y exhumaciones.

6. El servicio de lavado de ropa hospitalaria o de esterilización de material quirúrgico.

7. Plantas de beneficio animal (mataderos).

8. Los servicios veterinarias entre los que se incluyen: consultorios, clínicas, laboratorios, centros de zoonosis y zoológicos, tiendas de mascotas, droguerías veterinarias y peluquerías veterinarias.

9. Establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas.

10. Servicios de estética y cosmetología ornamental tales como: barberías, peluquerías, escuelas de formación en cosmetología, estilistas y manicuristas, salas de belleza y afines.

11. Centros en los que se presten servicios de piercing, pigmentación o tatuajes.

(Art. 2 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.3 ***Principios.*** El manejo de los residuos regulados por este Título se rige, entre otros, por los principios de bioseguridad, gestión integral, precaución, prevención y comunicación del riesgo.

(Art. 3 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.4 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Título se adoptan las siguientes definiciones:

a. *Agente patógeno.* Es todo agente biológico capaz de producir infección o enfermedad infecciosa en un huésped.

b. *Atención en Salud.* Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

c. *Atención Extramural.* Es la atención en salud en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que cuenta con la intervención de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia, hacen parte de esta atención las brigadas, jornadas, unidades móviles en cualquiera de sus modalidades y la atención domiciliaria.

d. *Bioseguridad.* Es el conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud humana y el ambiente.

e. *Decomiso no aprovechable en plantas de beneficio animal.* Es la aprehensión material del animal o las partes de animales consideradas peligrosas no aptas ni para el consumo humano ni para el aprovechamiento industrial.

f. *Establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas.* Establecimientos donde se promuevan, ofrezcan y demanden actividades sexuales como parte de un intercambio comercial, así como lugares y establecimientos donde los individuos buscan encuentros sexuales sin la intermediación de un pago.

g. *Fluidos corporales de alto riesgo.* Se aplican siempre a la sangre y a todos los fluidos que contengan sangre visible. Se incluyen además el semen, las secreciones vaginales, el líquido cefalorraquídeo y la leche materna. Se consideran de alto riesgo por constituir fuente de infección cuando tienen contacto con piel no intacta, mucosas o exposición percutánea con elementos cortopunzantes contaminados con ellos.

h. *Fluidos corporales de bajo riesgo.* Se aplican a las deposiciones, secreciones nasales, transpiración, lágrimas, orina o vómito, a no ser que contengan sangre visible, caso en el cual serán considerados de alto riesgo.

i. *Generador.* Es toda persona natural o jurídica, pública o privada que produce o genera residuos en el desarrollo de las actividades contempladas en el artículo 2.8.10.2 de este Decreto.

j. *Gestión Integral.* Conjunto articulado e interrelacionado de acciones de política normativas, operativas, financieras, de planeación, administrativas, sociales, educativas, de evaluación, seguimiento y monitoreo desde la prevención de la generación hasta el aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final de los residuos, a fin de lograr beneficios sanitarios y ambientales y la optimización económica de su manejo respondiendo a las necesidades y circunstancias de cada región.

k. *Gestión externa.* Es la acción desarrollada por el gestor de residuos peligrosos que implica la cobertura y planeación de todas las actividades relacionadas con la recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final de residuos fuera de las instalaciones del generador.

l. *Gestión interna.* Es la acción desarrollada por el generador, que implica la cobertura, planeación e implementación de todas las actividades relacionadas con la minimización, generación, segregación, movimiento interno, almacenamiento interno y/o tratamiento de residuos dentro de sus instalaciones.

m. *Gestor o receptor de residuos peligrosos.* Persona natural o jurídica que presta los servicios de recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final de residuos peligrosos, dentro del marco de la gestión integral y cumpliendo con los requerimientos de la normatividad vigente.

n. *Manual para la gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades.* Es el documento mediante el cual se establecen los procedimientos, procesos, actividades y/o estándares que deben adoptarse y realizarse en la gestión integral de todos los residuos generados por el desarrollo de las actividades de que trata el presente Título.

o. *Modo de transporte.* Subsistema de transporte que incluye: un medio físico, vías, instalaciones para terminales, vehículos (aeronave, embarcación, tren, vehículo automotor) y operaciones para el traslado de residuos.

p. *Plan de gestión integral de residuos.* Es el instrumento de gestión diseñado e implementado por los generadores que contiene de una manera organizada y coherente las actividades necesarias que garanticen la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

q. *Recolección.* Es la acción consistente en retirar los residuos del lugar de almacenamiento ubicado en las instalaciones del generador para su transporte.

r. *Residuo peligroso.* Es aquel residuo o desecho que por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables, infecciosas o radiactivas, puede causar riesgos o efectos no deseados, directos e indirectos, a la salud humana y el ambiente. Así mismo, se consideran residuos peligrosos los empaques, envases y embalajes que estuvieron en contacto con ellos.

s. *Tratamiento de residuos peligrosos.* Es el conjunto de operaciones, procesos o técnicas mediante el cual se modifican las características de los residuos o desechos peligrosos, teniendo en cuenta el riesgo y grado de peligrosidad de los mismos, para incrementar sus posibilidades de aprovechamiento y/o valorización o para minimizar los riesgos para la salud humana y el ambiente.

(Art. 4 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.5 ***Clasificación.*** Los residuos generados en la atención en salud y otras actividades de que trata el presente Título se clasifican en:

1. Residuos no peligrosos. Son aquellos producidos por el generador en desarrollo de su actividad, que no presentan ninguna de las características de peligrosidad establecidas en la normativa vigente.

Los residuos o desechos sólidos se clasifican de acuerdo con lo establecido en el Título 2 del Decreto Único 1077 de 2015, reglamentario del sector Vivienda, Ciudad y Territorio, o la norma que lo modifique o sustituya.

2. Residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Un residuo o desecho con riesgo biológico o infeccioso se considera peligroso, cuando contiene agentes patógenos como microorganismos y otros agentes con suficiente virulencia y concentración como para causar enfermedades en los seres humanos o en los animales.

Los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso se subclasifican en:

2.1. Biosanitarios. Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados y descartados durante la ejecución de las actividades señaladas en el artículo 2° de este Título que tienen contacto con fluidos corporales de alto riesgo, tales como: gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, sistemas cerrados y abiertos de drenajes, medios de cultivo o cualquier otro elemento desechable que la tecnología médica introduzca.

2.2. Anatomopatológicos. Son aquellos residuos como partes del cuerpo, muestras de órganos, tejidos o líquidos humanos, generados con ocasión de la realización de necropsias, procedimientos médicos, remoción quirúrgica, análisis de patología, toma de biopsias o como resultado de la obtención de muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico o histológico.

2.3. Cortopunzantes. Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden ocasionar un accidente, entre estos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampolletas, pipetas, hojas de bisturí, vidrio o

material de laboratorio como tubos capilares, de ensayo, tubos para toma de muestra, láminas portaobjetos y laminillas cubreobjetos, aplicadores, citocepillos, cristalería entera o rota, entre otros.

2.4. De animales. Son aquellos residuos provenientes de animales de experimentación, inoculados con microorganismos patógenos o de animales portadores de enfermedades infectocontagiosas. Se incluyen en esta categoría los decomisos no aprovechables generados en las plantas de beneficio.

3. Residuos o desechos radiactivos. Se entiende por residuo o desecho radiactivo aquellos que contienen radionucleidos en concentraciones o con actividades mayores que los niveles de dispensa establecidos por la autoridad reguladora o que están contaminados con ellos.

4. Otros residuos o desechos peligrosos. Los demás residuos de carácter peligroso que presenten características de corrosividad, explosividad, reactividad, toxicidad e inflamabilidad generados en la atención en salud y en otras actividades, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

Parágrafo. Todo residuo generado en la atención en salud y otras actividades, que haya estado en contacto o mezclado con residuos o desechos con riesgo biológico o infeccioso que genere dudas en su clasificación, incluyendo restos de alimentos parcialmente consumidos o sin consumir, material desechable, entre otros, que han tenido contacto con pacientes considerados potencialmente infectantes o generados en áreas de aislamiento deberán ser gestionados como residuos peligrosos.

(Art. 5 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.6 ***Obligaciones del generador.*** Además de las disposiciones contempladas en las normas vigentes, en el marco de la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, el generador tiene las siguientes obligaciones:

1. Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e Invima en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en el presente Título, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.

2. Capacitar al personal encargado de la gestión integral de los residuos generados, con el fin de prevenir o reducir el riesgo que estos residuos representan para la salud y el ambiente, así como brindar los elementos de protección personal necesarios para la manipulación de estos.

3. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.

4. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y contar con personal capacitado y entrenado para su implementación.

5. Tomar y aplicar todas las medidas de carácter preventivo o de control previas al cese, cierre, clausura o desmantelamiento de su actividad con el fin de evitar cualquier episodio de contaminación que pueda representar un riesgo a la salud y al ambiente, relacionado con sus residuos peligrosos.

6. Los generadores que realicen atención en salud extramural, serán responsables por la gestión de los residuos peligrosos generados en dicha actividad y por lo tanto su gestión debe ser contemplada en el Plan de Gestión Integral de Residuos.

7. Dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 2.2.1.7.8.1 al 2.2.1.7.8.7.2 del Decreto Único 1079 de 2015, reglamentario del Sector Transporte, o la norma que la modifique o sustituya, cuando remita residuos peligrosos para ser transportados.

8. Suministrar al transportista de los residuos o desechos peligrosos las respectivas hojas de seguridad.

9. Responder por los residuos peligrosos que genere. La responsabilidad se extiende a sus afluentes, emisiones, productos y subproductos, equipos desmantelados y en desuso, elementos de protección personal utilizados en la manipulación de este tipo de residuos y por todos los efectos ocasionados a la salud y al ambiente.

10. Responder en forma integral por los efectos ocasionados a la salud y/o al ambiente, de un contenido químico o biológico no declarado al gestor y a las autoridades ambientales y sanitarias.

11. Entregar al transportador los residuos debidamente embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

12. Conservar los comprobantes de recolección que le entregue el transportador de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso, hasta por un término de cinco (5) años.

13. Conservar las certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final que emitan los respectivos gestores de residuos peligrosos hasta por un término de cinco (5) años.

(Art. 6 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.7 ***Obligaciones del transportador de desechos o residuos peligrosos.*** Son obligaciones de las empresas que transporten desechos o residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, además de las contempladas en la normatividad vigente, las siguientes:

1. Dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 2.2.1.7.8.1 al 2.2.1.7.8.7.2 del Decreto Único 1079 de 2015, reglamentario del Sector Transporte, o la norma que la modifique o sustituya.

2. Capacitar y entrenar en los procedimientos operativos normalizados y de seguridad al personal que interviene en las operaciones de transporte, cargue y descargue, de conformidad con el programa de capacitación y entrenamiento diseñado, adoptado e implementado por la empresa.

3. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.

4. Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

5. Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador.

6. Realizar las actividades de lavado y desinfección de los vehículos en que se hayan transportado residuos o desechos peligrosos en lugares que cuenten con todos los permisos ambientales y sanitarios a que haya lugar.

7. En casos en que la empresa preste el servicio de embalado y etiquetado de residuos o desechos peligrosos a un generador, debe realizar estas actividades de acuerdo con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

8. Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de los mismos.

9. Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso.

10. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente en el transporte de residuos y personal capacitado y entrenado para su implementación.

11. Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades.

Parágrafo. Los vehículos automotores tales como ambulancias, automóviles, entre otros, destinados exclusivamente al servicio de atención en salud, que transporten residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso generados en la atención extramural sujeta a las actividades objeto de la presente reglamentación y cuyas cantidades no sobrepasen los cinco (5) kilogramos de residuos peligrosos, deberán cumplir los requisitos técnicos contemplados en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades y dicho transporte no estará sujeto al cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 2.2.1.7.8.1 al 2.2.1.7.8.7.2 del Decreto Único 1079 de 2015, reglamentario del Sector Transporte, o la norma que lo sustituya o modifique.

(Art. 7 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.8 ***Obligaciones del gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos.*** Son obligaciones de las personas naturales o jurídicas que prestan los servicios de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento o disposición final de residuos o desechos peligrosos dentro del marco de la gestión integral, además de las contempladas en la normatividad vigente, las siguientes:

1. Obtener las licencias, permisos y demás autorizaciones de carácter ambiental a que haya lugar.

2. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.

3. Expedir al generador una certificación indicando que ha concluido la actividad de manejo de residuos o desechos peligrosos para la cual ha sido contratado.

4. Contar con personal que tenga la formación y capacitación para el manejo de los residuos o desechos peligrosos.

5. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y personal capacitado para su implementación.

6. Tomar todas las medidas de carácter preventivo o de control previas al cese, cierre, clausura o desmantelamiento de su actividad con el fin de evitar cualquier episodio de contaminación que pueda representar un riesgo a la salud y al ambiente.

7. Indicar en la publicidad de sus servicios o en las cartas de presentación de la empresa, el tipo de actividad y de residuos peligrosos que está autorizado a manejar.

8. Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades.

Parágrafo. Mientras no se haya efectuado y comprobado el aprovechamiento, tratamiento o disposición final de los residuos peligrosos, por parte de la autoridad ambiental competente el gestor o receptor es solidariamente responsable con el generador.

(Art. 8 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.9 ***Obligaciones de las autoridades del sector salud.*** Las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud, efectuarán la inspección, vigilancia y control de la gestión interna de residuos generados en las actividades de que trata el artículo 2.8.10.2 del presente decreto a excepción de su numeral 7, en relación con los factores de riesgo para la salud humana.

Las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud que durante sus actividades de inspección, vigilancia y control de la gestión integral, encuentren incumplimiento de las disposiciones sanitarias en materia de los residuos generados

en la atención en salud y otras actividades, deberán adoptar las medidas a que haya lugar. Lo anterior sin perjuicio de las acciones pertinentes por parte de las autoridades ambientales competentes en relación con los factores de riesgo al ambiente.

Parágrafo 1. Las Secretarías de Salud Departamentales, Municipales y/o Distritales, según sea el caso, con base en los informes presentados por los generadores, realizarán la consolidación y el respectivo reporte de la información sobre la gestión de residuos en sus áreas de jurisdicción cada año a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o la que haga sus veces.

Parágrafo 2. El informe remitido por la Dirección Departamental de Salud deberá incluir la información de los municipios de categoría especial 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y presentarlo dentro del primer trimestre del año siguiente ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o el que haga sus veces.

Parágrafo 3. De acuerdo con las competencias relacionadas con las actividades de Inspección, Vigilancia y Control en plantas de beneficio animal establecidas en la Ley 1122 de 2007 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) efectuará la inspección, vigilancia y control de la gestión interna de los residuos generados en las plantas de beneficio animal y presentará un informe consolidado anual dentro del primer trimestre del año siguiente ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social o el que haga sus veces.

Parágrafo 4. Para otorgar el certificado de cumplimiento de las condiciones del sistema único de habilitación de los servicios de salud, la autoridad sanitaria competente deberá verificar el cumplimiento de lo establecido en este Título.

Parágrafo 5. Las Secretarías de Salud Departamentales, Municipales y/o Distritales, según sea el caso, deberán mantener actualizado el censo de los establecimientos generadores de residuos sujetos al ámbito de aplicación del presente Título.

(Art. 9 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.10 ***Obligaciones de las autoridades ambientales.*** Las autoridades ambientales ejercerán la inspección, vigilancia y control de la gestión externa en el marco de la gestión integral de los residuos generados en las actividades de salud y otras actividades en relación con las autorizaciones ambientales para el uso y aprovechamiento de los recursos naturales renovables. Lo anterior sin perjuicio de las acciones a que haya lugar por parte de las autoridades del sector salud en relación con los factores de riesgo para la salud humana.

(Art. 10 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.11 ***Obligaciones de las autoridades de tránsito y transporte.*** Las Autoridades de Tránsito y Transporte cumplirán las obligaciones

establecidas en el artículo 2.2.1.7.8.3.1 del Decreto Único 1079 de 2015, reglamentario del Sector Transporte, o la norma que lo modifique o sustituya.

En cuanto al transporte férreo y fluvial, este se realizará conforme a la normativa que establezca el Ministerio de Transporte o sus entidades adscritas. Para el transporte marítimo, este se realizará de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Transporte y la Dirección General Marítima Portuaria (DIMAR); en el caso del transporte aéreo, este se regirá por los lineamientos de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil (Aerocivil), especialmente lo establecido en el Reglamento Aeronáutico de Colombia en la parte décima correspondiente al Transporte sin Riesgos de Mercancías Peligrosas por Vía Aérea.

Parágrafo. Hasta tanto el Ministerio de Transporte o sus entidades adscritas no hayan establecido las normas correspondientes para cada uno de los modos de transporte mencionados en el presente artículo, se podrán utilizar los reglamentos técnicos establecidos por Naciones Unidas o sus organismos adscritos.

(Art. 11 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.12 ***Tratamiento de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso.*** En el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en los Servicios de Salud y otras Actividades se establecerán los procedimientos y requisitos que se deben tener en cuenta al momento de realizar el tratamiento de los residuos con riesgo biológico o infeccioso, con el fin de garantizar la desactivación o eliminar la característica de peligrosidad, evitando la proliferación de microorganismos patógenos.

(Art. 12 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.13 ***Residuos radiactivos.*** El manejo de residuos radiactivos deberán sujetarse a la normativa vigente, en especial la expedida por el Ministerio de Minas y Energía o quien haga sus veces.

(Art. 13 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.14 ***Otros residuos o desechos peligrosos.*** El manejo de los residuos peligrosos distintos a los señalados en el presente capítulo se realizará de conformidad con la normatividad ambiental vigente.

(Art. 14 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.15 ***Obligaciones.*** Para efectos del presente Título se contemplan las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de disponer los desechos o residuos generados en la atención en salud y otras actividades en vías, suelos, humedales, parques, cuerpos de agua o en cualquier otro sitio no autorizado.

2. No quemar a cielo abierto los desechos o residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

3. Abstenerse de transportar residuos peligrosos en vehículos de servicio público de transporte de pasajeros.

(Art. 15 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.16 ***Régimen sancionatorio.*** En caso de violación de las disposiciones ambientales contempladas en el presente Título, las autoridades ambientales competentes impondrán las medidas preventivas y sancionatorias a que haya lugar, de conformidad con lo consagrado en la Ley 1333 de 2009 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

En caso de violación de las disposiciones sanitarias contempladas en el presente Título, las autoridades sanitarias competentes impondrán las medidas sanitarias de seguridad y las sanciones a que haya lugar, de conformidad con lo consagrado en la Ley 09 de 1979, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

En caso de violación a las normas de tránsito y transporte contempladas en el presente Título, las autoridades de tránsito y transporte competentes impondrán las medidas y sanciones a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en la Ley 336 de 1996 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Lo anterior, sin perjuicio de las medidas preventivas y sancionatorias que puedan imponer otras autoridades.

(Art. 16 del Decreto 351 de 2014)

Artículo 2.8.10.17 ***Régimen de transición.*** Mientras se expide el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades, seguirá vigente el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares adoptado mediante la Resolución número 1164 de 2002 expedida por los Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y de Salud y Protección Social.

(Art. 17 del Decreto 351 de 2014)

TÍTULO 11
CANNABIS

Capítulo 1
Disposiciones generales de las licencias

Artículo 2.8.11.1.1 ***Objeto.*** El presente Título tiene por objeto reglamentar el cultivo de plantas de cannabis, la autorización de la posesión de semillas para siembra de cannabis, el control de las áreas de cultivo, así como los procesos de producción y fabricación, exportación, importación y uso de estas y sus derivados destinados a fines estrictamente médicos y científicos.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo establecido en la presente regulación, el cultivo de plantas de cannabis, la posesión de semillas para siembra de plantas cannabis, así como los procesos de producción y fabricación, exportación, importación, uso,

distribución y comercio de los derivados de cannabis, deberán sujetarse a las normas vigentes o a las que para el efecto expida la respectiva autoridad.

Parágrafo 2. Los productos derivados del cannabis a los que se refiere el presente Título no podrán ser suministrados en los tratamientos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico que se prescriban a las personas adictas a sustancias estupefacientes o sicotrópicas, en los términos de lo dispuesto en el Acto Legislativo 02 de 2009, salvo que por disposición legal así lo autorice.

(Art. 1 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.1.2 ***Ámbito de aplicación.*** Al presente Título se sujetarán las personas jurídicas y naturales de nacionalidad colombiana, o extranjera con domicilio en el país, que adelanten alguna de las actividades referidas en el objeto del mismo.

(Art. 2 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.1.3 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Título se adoptan las siguientes definiciones:

Actividades de Investigación y Desarrollo: actividades que están centradas principalmente en la investigación de las Plantas de Cannabis y desarrollo de Derivados y procesos relacionados.

Área de Cultivo: inmueble o conjunto de inmuebles autorizados por el CNE para el cultivo de Semillas para siembra y Plantas de Cannabis. El Área de Cultivo deberá cumplir con los requisitos de seguridad contemplados en el presente Título, sin perjuicio de la regulación que para el control de tales áreas expida el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el CNE.

Área de Producción y Fabricación: inmueble o conjunto de inmuebles autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la ejecución de actividades de transformación de cannabis, producción y fabricación de Derivados, su embalaje, almacenamiento y centro de distribución y exportación.

Autocultivo: actividad que da lugar a una pluralidad de Plantas de Cannabis en número no superior a veinte (20) unidades, de las que pueden extraerse Estupefacientes o psicotrópicos y que se destina exclusivamente al uso personal, para lo cual no se requerirá Licencia de Cultivo.

Cannabis: sumidades, floridas o con fruto de la planta de cannabis cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) es igualo superior al 1 % en peso.

Cannabis no psicoactivo: sumidades, floridas o con fruto de la planta de cannabis cuyo contenido de tetrahidrocannabinol (THC) es inferior a 1 % en peso.

Cosecha: producto de una explotación agrícola o cultivo. Así mismo, para efectos del presente Título entiéndase como cosecha la separación del cannabis de las plantas de que se obtiene.

Cultivo: actividad destinada al desarrollo de una plantación en los términos descritos en el literal ñ) del artículo 2 de la Ley 30 de 1986. Para efectos del presente decreto el cultivo comprenderá desde la actividad de siembra hasta la cosecha.

Derivados de Plantas de Cannabis o Derivados: resina, tintura, extractos y preparados obtenidos a partir del cannabis.

Estupefaciente: cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas que figuran en las Listas I y II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por su Protocolo de Modificaciones de 1972, y que haya sido catalogada como tal en los convenios internacionales y adoptada por la legislación colombiana.

Exportación Legal: exportación por parte de un licenciatario de una Licencia de Exportación a cualquier entidad existente y constituida en una jurisdicción diferente a Colombia, legalmente habilitada y autorizada bajo la ley aplicable para importar Derivados de Cannabis.

Fuente Semillera: cultivo destinado exclusivamente a la producción de semillas para siembra de planta de cannabis. Esta definición sólo podrá ser aplicable al presente Título por un término perentorio de un (1) año contado a partir del 22 de diciembre de 2015.

Licencia de Cultivo: acto administrativo mediante el cual el CNE con el lleno de los requisitos señalados en este Título, autoriza al solicitante a la disposición de un Área de Cultivo y a adelantar las actividades de Cultivo de Plantas de Cannabis hasta la disposición final de su cosecha, con destino a quien disponga de una licencia de producción y fabricación. En todos los casos el licenciatario deberá demostrar que la destinación de las plantas objeto de la licencia de cultivo será para fines médicos y científicos previo proceso de transformación.

Licencia de Producción y Fabricación: acto administrativo mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el lleno de los requisitos señalados en este Título, autoriza a un solicitante permiso para la transformación de Cannabis para fines médicos y científicos.

Licencia de Exportación: acto administrativo mediante el cual el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el lleno de los requisitos señalados en este Título, autoriza a un licenciatario la exportación de derivados de cannabis obtenidos a través de los procesos de transformación debidamente licenciados. En ningún caso la licencia de exportación incluirá la salida del país del Cannabis.

Licencia de posesión de semillas: acto administrativo mediante el cual el CNE, con el lleno de los requisitos señalados en este decreto, autoriza al solicitante la posesión de semillas para siembra de plantas de cannabis, que comprende desde su adquisición hasta su disposición final para fines médicos y científicos.

Material vegetal micropropagado: individuos botánicos con destino al establecimiento de cultivos, provenientes de un órgano reproductivo asexual.

Plan de Cultivo: documento que deberá presentar el solicitante o licenciatario de una Licencia de Cultivo al CNE o a quien éste designe, el cual deberá contener el cronograma de trabajo, el organigrama de la persona solicitante en el cual se señalen las responsabilidades y labores de cada uno de los empleados y/o contratistas que estarán involucrados en la etapa de cultivo y el monto de las inversiones requeridas para la ejecución de las actividades de cultivo. También deberá especificar: (i) los procedimientos agrícolas que serán implementados en el Área de Cultivo; (ii) un estimado de la cantidad de Semillas para siembra y de Plantas de Cannabis que serán cultivadas en el Área de Cultivo para generar productos de cannabis y derivados, en el que se determine la calidad e idoneidad de las Semillas para siembra que serán utilizadas para el Cultivo y su lugar de origen, así como características especificas de la planta (porcentaje de THC, variedad, origen, entre otros); y (iii) protocolo para realizar control del contenido de metabolitos sometidos a fiscalización, en sus plantas y productos, de acuerdo con las metodologías y parámetros que establezca el CNE y remitir dicho protocolo para su verificación.

Para la solicitud de la licencia de cultivo por primera vez el plan de cultivo deberá proyectarse por el término de un año, una vez otorgada la licencia, el Licenciatario deberá presentarle al CNE cualquier modificación que realice al Plan de Cultivo.

Plan de Exportaciones: documento que deberá contar al menos con la identificación de los países potenciales importadores legales de los productos derivados de cannabis, las entidades a través de las cuales se canalizarán dichas importaciones y la normatividad aplicable a las mismas, así como el formato o minuta de los contratos a través de los cuales se transfiere la propiedad de los derivados del cannabis en cuyo clausulado se incluya disposiciones tendientes a garantizar que el uso del producto a exportar exclusivamente para fines médicos y/o científicos.

Para la solicitud de la licencia de exportaciones por primera vez, el plan de exportaciones deberá proyectarse por el término de un año. Una vez otorgada la licencia, el Licenciatario deberá presentarle al Ministerio de Salud y la Protección Social cualquier modificación que realice al Plan de exportaciones.

Plan de Producción y Fabricación: documento que deberá presentar el Licenciatario de una Licencia de Producción y Fabricación al MSPS, el cual deberá contener el cronograma de trabajo, el organigrama del solicitante en el cual se señalen las responsabilidades y labores de cada uno de los empleados y/o contratistas que estarán involucrados en la etapa de transformación de Semillas y Plantas de Cannabis y la fabricación de Derivados de Cannabis y el monto de las inversiones necesarias para la ejecución de dichas actividades. También deberá especificar: (i) los procedimientos de transformación y producción y de control de calidad que serán implementados en el Área de Producción y Fabricación para la transformación de Cannabis y la fabricación de derivados de Cannabis; (ii) el volumen de exportaciones de productos derivados de Cannabis, (iii) un estimativo de la cantidad y calidad del Cannabis que se empleará y (iv) el certificado de que el Cannabis empleado proviene de quien dispone de la licencia respectiva.

Para la solicitud de la licencia de producción y fabricación por primera vez, el plan respectivo deberá proyectarse por el término de un año. Una vez otorgada la

licencia, el Licenciatario deberá presentarle al Ministerio de Salud y la Protección Social cualquier modificación que realice al Plan de producción y fabricación.

Planta de Cannabis: toda planta del generó Cannabis que incluye tres especies diferentes: (i) Cannabis sativa, (ii) Cannabis indica y (iii) Cannabis ruderalis, y sus híbridos.

Plántulas: individuos botánicos con destino al establecimiento de cultivos provenientes de un órgano reproductivo sexual o asexual.

Protocolo de Seguridad: reglas y procedimientos de seguridad establecidos en el presente Título y que se deberán cumplir durante la vigencia de cada una de las respectivas Licencias.

Proveedor de semillas para siembra: persona debidamente autorizada por el CNE mediante licencia de posesión de semillas, para la transferencia de Semillas a cualquier título para siembra plantas de cannabis para fines médicos y científicos.

Semilla(s): óvulo fecundado y maduro o cualquier otra parte vegetativa de las Plantas de Cannabis, que se use o pretenda ser usado para la siembra y/o propagación de las mismas.
Semillas para Siembra: semillas para siembra, las semillas, material vegetal micropropagado y Plántulas o plantas de vivero.

Transformación: obtener un Derivado a partir del Cannabis.

(Art. 3 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.1.4 ***Actividad Agroindustrial y Política Sanitaria.*** En todos los casos, los procesos contemplados en el presente Título deberán cumplir con el conjunto de elementos propios de una actividad agroindustrial dirigidos a salvaguardar la vida, la salud humana y el medio ambiente, en el marco de la política sanitaria vigente.

(Art. 4 del Decreto 2467 de 2015)

Capítulo 2
Condiciones generales de las licencias

Artículo 2.8.11.2.1 ***Solicitud de Licencias.*** Para obtener Licencia de posesión de semillas para siembra de plantas de cannabis, Licencia de Cultivo de plantas de cannabis, Licencia de Producción y Fabricación de derivados de cannabis y Licencia de Exportación de derivados de cannabis para usos estrictamente médicos y/o científicos, además de lo previsto en este decreto para cada licencia, el solicitante deberá presentar ante el CNE o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, los documentos que acrediten los siguientes requisitos:

1. Documento de identificación o Certificado existencia y representación legal del solicitante, este último expedido con máximo cinco (5) días hábiles de antelación a la fecha de radicación de la solicitud, y copia de los estatutos vigentes.

2. Protocolo de Seguridad.

3. El plan de cultivo, de producción y fabricación y de exportaciones, según el caso. Estos planes deberán reflejar que las actividades corresponden a usos exclusivamente médicos o científicos.

4. Los protocolos establecidos de conformidad con leyes antilavado de activos con el fin de verificar la identidad de sus inversiones y la legalidad de la fuente de los ingresos que serán invertidos

5. Un documento de carácter vinculante suscrito por el solicitante o el representante legal del solicitante, en el cual se indique el valor de las inversiones y los compromisos que en materia social implementará durante la vigencia de la Licencia, bien sea directamente a través del establecimiento de una entidad sin ánimo de lucro en Colombia o asociándose con una entidad legalmente constituida y existente en Colombia.

6. Proponer la vinculación de un porcentaje de trabajadores habitantes de la región en el cual se establecerá mediante el, procedimiento que para el efecto expida el CNE o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda.

7. Presentar las pólizas de seguros que amparen los riesgos de cumplimiento, responsabilidad civil extracontractual y daños ambientales.

En cada trámite de solicitud de licencia, la autoridad licenciante deberá verificar en las bases de datos de las autoridades competentes que el solicitante o su representante legal no tiene antecedentes penales en Colombia o en cualquier otro Estado por delitos de tráfico de estupefacientes y conexos.

El Ministerio de Salud y Protección Social, el CNE o la autoridad que éste designe podrán requerir información adicional a la presentada para determinar el cumplimiento de los presupuestos previamente descritos, en el marco de lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, o la norma que lo modifique.

(Art. 5 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.2.2 ***Otorgamiento de Licencias.*** A partir de la fecha de radicación de la solicitud, o de sus aclaraciones, el CNE o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, contarán con un Plazo máximo de treinta (30) días hábiles para dar respuesta a la solicitud de la respectiva Licencia, aceptándola o negándola mediante acto administrativo debidamente motivado.

Las Licencias no tendrán un plazo de vigencia. Sin embargo, en cualquier momento el CNE o el Ministerio Salud y Protección Social podrán declarar la configuración delas condiciones resolutorias de las licencias mediante acto administrativo debidamente motivado de conformidad con lo establecido en el artículo 2.8.11.2.4 del presente decreto.

(Art. 6 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.2.3 ***Denegación de Licencias.*** El CNE o el Ministerio de Salud y Protección Social podrán negar las solicitudes de Licencias, por una o varias de las siguientes causales:

1. Porque el solicitante no ha presentado de forma completa y oportuna los documentos previstos en este decreto, en los términos del artículo 17 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;

2. Porque la situación de orden público no está garantizada, previo concepto de la autoridad competente, y/o las condiciones de seguridad no cumplen los estándares y requisitos mínimos contemplados en el presente Título;

3. Porque el solicitante o su representante legal han sido declarados responsables penalmente por delitos de tráfico de estupefacientes y conexos;

4. Porque las pólizas de seguros que amparen los riesgos de cumplimiento, responsabilidad civil extracontractual y daños ambientales, no se encuentren vigentes o no son suficientes.

5. Porque el solicitante, su representante legal y/o administradores ha(n) presentado información falsa o engañosa, o documentos falsos o engañosos;

6. Porque el protocolo de seguridad es insuficiente.

7. Porque el sistema de disposición de desechos presentado por el solicitante de una licencia de cultivo o de producción y fabricación no cumple con los requisitos contemplados en el artículo 2.8.11.3.3.5 del presente decreto.

(Art. 7 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.2.4 ***Condiciones resolutorias de las Licencias.*** Previa observancia del debido proceso, el CNE o el Ministerio de Salud y Protección Social podrán mediante acto administrativo motivado declarar la configuración de las condiciones resolutorias de las licencias por las causales previstas en este Título para cada una de ellas y además:

1. Por no haber presentado el plan de licencia requerido, cuando se hayan hecho modificaciones al inicialmente presentado.

2. Por no haber dado cumplimiento al protocolo de seguridad o a las reglas de seguridad establecidas en el presente Título.

3. Por haber verificado que el licenciatario ha sido declarado responsable penalmente por delitos de tráfico de estupefacientes y conexos después de haberse expedido la respectiva licencia.

4. Por dar una destinación o uso a los productos objeto de la licencia diferente al autorizado, o realizar actividades no contempladas en la misma.

5. Por el incumplimiento o la no ejecución de los compromisos que en materia social se obligó a implementar el Licenciatario.

6. Por el incumplimiento de los deberes establecidos en el artículo 2.8.11.6.8 del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.2.5 ***Término para la renuncia de la Licencia.*** En cualquier momento de ejecución de la licencia se podrá renunciar a la misma, dando aviso previo al CNE o el Ministerio de Salud y Protección Social, según su competencia, entidades que aprobará la renuncia y revocará la licencia una vez verificado el cumplimiento de los requisitos establecidos para el desmonte respectivo.

(Art. 9 del Decreto 2467 de 2015)

Capítulo 3
Requisitos especiales de las licencias

Sección 1. Licencia de posesíón de semillas para siembra

Artículo 2.8.11.3.1.1 ***Solicitud de Licencia de Posesión de Semillas.*** Para obtener una Licencia de posesión de semillas para siembra de plantas de cannabis, además de lo previsto en el artículo 2.8.11.2.1 del presente decreto, el solicitante deberá presentar ante el CNE los documentos que acrediten los siguientes requisitos:

1. Un mapa del área de almacenamiento.

2. Indicar si es para siembra propia o para venta o para las dos actividades. Los canales de comercialización usados para venta únicamente serán autorizados o licenciados por el CNE.

3. Las herramientas y equipos básicos para el acondicionamiento de semillas, pre limpieza, limpieza, clasificación, tratamiento de ser necesario y empaque y almacenamiento.

El CNE otorgará licencia de posesión de semillas para siembra de plantas de cannabis, en las cantidades que se determinen de acuerdo con cada una de las solicitudes que se reciban, de conformidad con la regulación que para dichos efectos expida el CNE. En todo caso, el solicitante deberá señalar de manera específica el proveedor de semilla para siembra o su fuente semillera, según corresponda.

Parágrafo. Si la posesión de semillas para siembra de plantas de cannabis implica la actividad de cultivo, el interesado únicamente deberá solicitar la respectiva licencia de cultivo al CNE.

(Art. 10 del Decreto 2467 de 2015)

Sección 2. Licencia de cultivo

Artículo 2.8.11.3.2.1 ***Solicitud de Licencia de Cultivo***. Para obtener una Licencia de Cultivo de plantas de cannabis, además de lo previsto en el artículo 2.8.11.2.1 del presente decreto, el solicitante deberá presentar ante el CNE los documentos que acrediten los siguientes requisitos:

1. La descripción del Área de Cultivo y su extensión en hectáreas.

2. Un mapa del Área de Cultivo.

3. Los certificados de tradición y libertad del inmueble o inmuebles que conforman el Área de Cultivo, en los cuales conste que el solicitante es el único propietario de estos predios. Los certificados de tradición y libertad que presente el solicitante deberán ser expedidos con una fecha no superior a cinco (5) días hábiles anteriores a la fecha de radicación de la solicitud de la Licencia de Cultivo. En el evento en que el solicitante no sea el propietario del inmueble o inmuebles donde se ubique el Área de Cultivo, deberá anexar junto con su solicitud el título en virtud del cual éste adquirió el derecho para adelantar actividades de Cultivo en el Área de Cultivo.

4. El Plan de Cultivo.

5. La Licencia de producción y fabricación, o acreditar que la cosecha se destinará para fines médicos y científicos a través de un productor o fabricante que cuente con la licencia del caso.

6. La inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, de acuerdo con lo establecido en los artículos 3 y 20 de la Ley 30 de 1986 y la Resolución No 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Si dicho solicitante no va a destinar por sí mismo la cosecha a la producción de cannabis para fines médicos o científicos, deberá acreditar que el adquirente cumple con la inscripción de que trata el presente numeral.

7. La inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, de acuerdo con lo establecido en los artículos 3 y 20 de la Ley 30 de 1986 y la Resolución No 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Si dicho solicitante no va a destinar por mismo la cosecha a la producción de cannabis para fines médicos o científicos, deberá acreditar que el adquirente cumple con la inscripción de que trata el presente numeral.

Parágrafo. Las actividades de Autocultivo no requieren Licencia de Cultivo ni sometidas al cumplimiento de la presente reglamentación.

(Art. 11 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.2 ***Requisitos adicionales de la Licencia de Cultivo para fines de investigación científica.*** Además de los requisitos establecidos en el artículo 2.8.11.2.1 del presente decreto y los numerales 1 a 7 del artículo anterior,

cuando se solicite la licencia de cultivo para fines científicos, deberá presentarse la documentación soporte del proyecto de investigación que estará a cargo de una universidad o de una persona jurídica legalmente constituida en cuyo objeto se prevea la investigación científica.

(Art. 12 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.3 ***Verificación.*** Dentro de los (6) meses siguientes a la asignación de cupos al licenciatario por parte del CNE éste realizará una visita al Área de Cultivo con el fin de verificar si fueron o no iniciadas las actividades descritas dentro del Plan de Cultivo para la primera anualidad. En caso de que el licenciatario no haya empezado las labores descritas, deberá dar una explicación fundada de ello al CNE, entidad que posteriormente podrá, entre otras actuaciones, (i) dar un plazo adicional para empezar la ejecución del Plan de Cultivo y (ii) programar una nueva visita al Área de Cultivo dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de la primera. Si vencido último plazo, el licenciatario no ha iniciado las actividades descritas dentro del Plan de Cultivo, el CNE podrá declarar la configuración de la condición resolutoria de la Licencia de Cultivo, bajo los términos definidos en este Título. El CNE podrá adelantar el proceso de verificación en los términos aquí señalados durante cada anualidad de la Licencia de Cultivo y hasta su terminación.

(Art. 13 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.4 ***Control y seguimiento.*** Sin previo aviso y cuando lo estimen conveniente, el CNE o la Policía Nacional, de acuerdo con sus competencias, podrán realizar visitas esporádicas al predio o predios donde se desarrolle el Área de Cultivo, con el fin de verificar la situación de orden público del municipio(s) donde se localiza el Área de Cultivo, el cumplimiento de las reglas de seguridad establecidas en el presente Título y las condiciones en que dicha Área, así como las Semillas para siembra y las Plantas de Cannabis son mantenidas, protegidas y separadas de los predios colindantes y de peligros externos y en general, para la verificación del cumplimiento de los parámetros sobre los cuales la licencia fue otorgada. De estas visitas se desarrollará un informe que deberá ser entregado al CNE.

Si el CNE considera que las condiciones seguridad del Área de Cultivo no cumplen con los estándares y requisitos mínimos contemplados en el presente Título, procederá a declarar la configuración de la condición resolutoria de la Licencia de Cultivo, bajo los términos que en este decreto se establecen.

(Art. 14 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.5 ***Condiciones Resolutorias de la Licencia de Cultivo.*** El CNE podrá mediante resolución motivada declarar la configuración de condiciones resolutorias de la Licencia de Cultivo por alguna de las causales previstas en el artículo 8 y además:

1. Si transcurridos seis (6) meses a partir de la asignación de cupos por parte del CNE no se han iniciado las actividades dispuestas en el Plan de Cultivo, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2.8.11.3.2.3 del presente decreto;

2. Si después de una visita de control y seguimiento considera que las condiciones de seguridad del Área de Cultivo no cumplen los estándares y requisitos mínimos contemplados en el presente Título;

3. En caso de verificar que el licenciatario está adelantando actividades de Transformación provenientes de Plantas de Cannabis de Autocultivos.

4. Si se evidencia el incumplimiento de cualquiera de los requisitos establecidos en el presente Título y/o de los parámetros sobre los cuales fue otorgada la licencia.

Parágrafo. Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo que declare la configuración de una o varias de las condiciones resolutorias de la Licencia de Cultivo, el licenciatario deberá destruir, con sujeción a la normativa ambiental vigente, todas las Semillas para siembra y Plantas de Cannabis que mantenga hasta esa fecha en el Área de Cultivo, con el acompañamiento de la Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional, de acuerdo con sus competencias.

(Art. 15 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.6 ***Centro de acopio.*** Obtenida la Cosecha de las Plantas de Cannabis, el titular de la Licencia de Cultivo deberá disponer de un centro de acopio adecuado para el almacenamiento del material vegetal. El centro de acopio podrá estar ubicado en el Área de Producción y Fabricación.

(Art. 16 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.7 ***Prohibición de la destinación de Autocultivo.*** Ni las Plantas de Cannabis provenientes de Autocultivo, ni los Derivados o Semillas para Siembra obtenidos a partir de ellos podrán comercializarse o transformase para su venta, distribución o entrega a terceros, bajo ningún título.

(Art. 17 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.8 ***Destrucción de Semillas para Siembra, Cultivos y/o Cosechas.*** Los titulares de las Licencias procederán a la destrucción de las Semillas para Siembra, Cultivos y/o Cosechas de Plantas de Cannabis, con sujeción a la normativa ambiental vigente, cuando circunstancias sobrevinientes impidan su utilización en todo o en parte, bajo la supervisión de la Dirección de Antinarcóticos de la Policía Nacional, de acuerdo con sus competencias. De la actuación se levantará el acta respectiva.

(Art. 18 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.9 ***Prohibición sobre plantaciones preexistentes.*** No podrá otorgarse licencia de cultivo sobre plantaciones de cannabis preexistentes.

(Art. 19 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.10 ***Cultivos que no requieren licencia.*** El Cultivo de Plantas de Cannabis que no dé lugar a la obtención de Derivados, porque se trate de variedades de cannabis no psicoactivo, no requerirá licencia por parte del CNE o del Ministerio de Salud y Protección Social. En esos casos el interesado deberá registrarse en el mecanismo de Información de Licencias y presentar los soportes que comprueben tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 2.8.11.6.6 del presente decreto.

Los interesados podrán ser objeto de seguimiento y control en los términos expuestos en el presente Título.

(Art. 20 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.2.11 ***Cupos anuales de cultivo.*** Los cupos anuales de cultivo de cannabis se sujetarán a las disposiciones de la Convención Única de Estupefacientes de 1961 y los otorgará el CNE a los sujetos que cobija el ámbito de aplicación del presente Título mediante acto administrativo, previa aprobación por parte de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, en adelante, JIFE.

Los titulares de licencia solicitarán los cupos anuales de producción conforme a los formatos y requerimientos que establezca el CNE en la reglamentación, entre estos, los compromisos de compra de la cosecha por parte de los licenciatarios de producción y fabricación para fines médicos o científicos o sus preparados, y su otorgamiento no podrá superar los cupos otorgados al país por los organismos internacionales. En todo caso el CNE podrá limitar el tamaño de los cupos que otorgue a los titulares de las licencias.

(Art. 21 del Decreto 2467 de 2015)

Sección 3. Licencia de producción y fabricación

Artículo 2.8.11.3.3.1 ***Solicitud de Licencia de Producción y Fabricación.*** Para obtener una Licencia de Producción y Fabricación de derivados de cannabis, además de lo previsto en el artículo 2.8.11.2.1 del presente decreto el solicitante deberá presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, los documentos que acrediten los siguientes requisitos.

1. La descripción del Área de Producción y de Fabricación y su extensión en hectáreas;

2. Un mapa del Área de Producción y Fabricación.

3. Los certificados de tradición y libertad del inmueble o inmuebles que conforman el Área de Producción y Fabricación, en los cuales conste que el solicitante es el único propietario estos predios. Los certificados de tradición y libertad que presente el solicitante deberán ser expedidos con una fecha no superior a cinco (5) días hábiles anteriores a la fecha de radicación de la solicitud de la Licencia de fabricación. En el evento en que el solicitante no sea el propietario del inmueble o inmuebles donde se ubique el Área de Producción y Fabricación, deberá anexar

junto con su solicitud el título en virtud del cual el solicitante adquirió el derecho para adelantar actividades de Transformación en el Área de Producción y Fabricación.

4. El Plan de Producción y Fabricación

5. Un documento que contemple el sistema de disposición de desechos que se ajuste y cumpla con lo dispuesto en el artículo 2.8.11.3.3.5 del presente decreto.

6. La inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces de acuerdo con lo establecido en los artículos 3 y 20 de la Ley 30 de 1986 y la Resolución Nº 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Si dicho solicitante no va a destinar por sí mismo el cannabis a la comercialización o exportación para fines médicos o científicos, deberá acreditar que el adquirente cumple con la inscripción de que trata el presente numeral.

(Art. 22 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.3.2 ***Buenas Prácticas.*** El Licenciatario deberá cumplir las Buenas Prácticas Manufactura, de Laboratorio y todas aquellas previstas en la normativa vigente que les sean aplicables a las actividades autorizadas.

(Art. 23 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.3.3 ***Control y seguimiento.*** Sin previo aviso y cuando lo estime conveniente, el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la Policía Nacional, de acuerdo con sus competencias, podrán realizar visitas esporádicas al predio o predios donde se ubique Área de Producción y Fabricación, con el fin de verificar la situación de orden público del municipio(s) donde se localiza el Área de Producción y Fabricación, y las condiciones en que los Derivados son almacenados, protegidos y asegurados. De estas visitas se desarrollará un informe por parte de la autoridad competente.

Si el Ministerio considera que las condiciones de seguridad del Área de Producción y Fabricación no, cumplen con los estándares y requisitos mínimos contemplados en el presente decreto, procederá a declarar la configuración de la condición resolutoria de la Licencia de Producción y Fabricación, bajo los términos que en este Título se establecen.

Dentro de los dos (2) años siguientes a la ejecutoria del acto administrativo que haya otorgado la Licencia de Producción y Fabricación, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará una visita al Área de Producción y Fabricación, con el fin de verificar si fueron o no iniciadas las actividades descritas en el Plan de Producción y Fabricación. En caso que el Licenciatario no haya empezado las labores descritas, deberá dar una explicación fundada de ello al Ministerio, entidad que posteriormente podrá, entre otras actuaciones, (i) dar un plazo adicional para empezar la ejecución del Plan de Producción y Fabricación y (ii) programar una nueva visita al Área de Producción y Fabricación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la primera. Si vencido este último plazo, el Licenciatario no ha iniciado las actividades descritas dentro del Plan de Producción y Fabricación, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá declarar la configuración de la

condición resolutoria de la Licencia de Producción y Fabricación, bajo los términos definidos en este Título.

(Art. 24 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.3.4 ***Condiciones Resolutorias de la Licencia de Producción y Fabricación.*** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá mediante resolución motivada declarar la configuración de condiciones resolutorias de la Licencia de Producción y Fabricación por alguna de las causales previstas en el artículo 2.8.11.2.4 del presente decreto y además:

1. Si transcurridos dos (2) años a partir de su ejecutoria no se han iniciado las actividades dispuestas en el Plan de Producción y Fabricación, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2.8.11.3.3.3 del presente decreto;

2. En caso de verificar que el Licenciatario está realizando actividades de Transformación con plantas provenientes de Autocultivos;

3. Si después de una visita de control y seguimiento considera que el Licenciatario no cumple con las disposiciones sobre Buenas Prácticas.

Parágrafo. Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de ejecutoria del acto administrativo que declare la configuración de una o varias de las condiciones resolutorias de la Licencia de Producción y Fabricación, el licenciatario deberá destruir todo el Cannabis que mantenga hasta esa fecha en el Área de Producción y Fabricación, así como los Derivados que mantenga en dichas Áreas con el acompañamiento de la Dirección de Antinarcóticos de la Policía Nacional, de acuerdo con sus competencias.

(Art. 25 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.3.3.5 ***Disposición de desechos.*** Si el titular de la licencia de producción y fabricación cuenta con Licencia de Cultivo, el Cannabis que no sea transformado podrá ser reciclado y reutilizado dentro del Área de Cultivo del Licenciatario, para compostaje y/o como fuente de fertilización natural de suelos.

Todo el Cannabis no reciclado y/o reutilizado conforme a lo establecido en el presente artículo y cualesquiera otros productos derivados generados durante las operaciones de Cultivo, cepellones luego de la Cosecha, Investigación y Desarrollo, desechos microbiológicos, cultivo de tejidos y extracción y residuos del sistema de reciclaje de agua deben ser incinerados por el Licenciatario de acuerdo con la normativa ambiental vigente, con el acompañamiento de la Dirección de Antinarcóticos de la Policía Nacional, en el marco de sus competencias.

(Art. 26 del Decreto 2467 de 2015)

Sección 4. Licencia de exportación de derivados de cannabis

Artículo 2.8.11.3.4.1 ***Solicitud de licencia de exportación.*** Para obtener una Licencia de Exportación de derivados de cannabis para usos estrictamente médicos

o científicos, el solicitante deberá presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, además de la inscripción de que trata la Resolución Nº 1478 de 2006, los documentos que acrediten los requisitos enunciados en el artículo 2.8.11.2.1 del presente decreto.

Parágrafo. Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo que declare la configuración de las condiciones resolutorias de la Licencia de Exportación. el Licenciatario podrá comercializar en el territorio nacional los productos derivados del cannabis, siempre y cuando cumpla con la totalidad de los requisitos exigidos por la normativa aplicable a la materia. Transcurrido dicho plazo se deberá proceder a la destrucción de los productos sobrantes de conformidad con las disposiciones ambientales, con el acompañamiento de la Dirección de Antinarcóticos de la Policía Nacional, en el marco de sus competencias.

(Art. 27 del Decreto 2467 de 2015)

Capítulo 4
Comité técnico

Artículo 2.8.11.4.1 ***Objeto del Comité Técnico.*** Para el debido cumplimiento de sus funciones, el CNE conformará un Comité Técnico que tendrá por objeto realizar análisis de las solicitudes de licencias de posesión de semillas para siembra y licencias para cultivos de plantas de cannabis con fines estrictamente médicos y/o científicos. El Comité Técnico emitirá un concepto de viabilidad respecto de tales solicitudes, de conformidad con las funciones y disposiciones que se establezcan en la regulación que emita el CNE.

El Comité Técnico del CNE realizará la evaluación de las necesidades médicas y científicas del país, la información aportada por los titulares de las licencias, las estadísticas nacionales de producción, venta, uso, importación y exportación de plantas de cannabis y tramitará ante la JIFE los respectivos formularios.

(Art. 28 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.4.2 ***Integración.*** El Comité Técnico estará integrado por un delegado de cada uno de los miembros del CNE, un delegado del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y un delegado del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). Podrán asistir como invitados al Comité, las personas que por su experiencia competencia o conocimiento sean requeridos por la Secretaría Técnica del CNE para ilustrar el tema.

(Art. 29 del Decreto 2467 de 2015)

Capítulo 5
Seguridad

Artículo 2.8.11.5.1 ***Seguridad Aarea de cultivo y área de producción y fabricación.*** El área de cultivo y el área de producción y fabricación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

1. Seguridad General

(i) El perímetro del Área de Cultivo y del Área de Producción y Fabricación debe adecuarse con una barrera física para impedir el acceso a personas no autorizadas por Licenciatario.

(ii) Debe haber solamente un punto de entrada para vehículos, personal y visitantes.

(iii) Las entradas internas deben estar equipadas con puertas que reúnan estándares comerciales, marcos y mecanismos de cierre que den suficiente resistencia para impedir el acceso no autorizado

(iv) Todas las aperturas, ductos y conductos de paso mecánico/eléctricos deben estar protegidos con material de seguridad.

(v) Debe haber señales externas e internas que muestren que el acceso no autorizado está prohibido.

(vi) Debe haber una empresa de vigilancia contratada para garantizar la seguridad del Área de Cultivo y el Área de Producción y Fabricación los siete días de la semana, las veinticuatro horas día.

(vii) Debe tener contratada una empresa de auditoría que revise los inventarios para verificar el uso y destino autorizados de las semillas y plantas de cannabis.

2. Edificaciones

(i) Las estructuras de los edificios deben ser construidas usando materiales que resistan la entrada forzada, y deben ser aseguradas con dispositivos de cierre en todas ventanas, puertas y cercas.

(ii) La integridad de tales estructuras debe ser mantenida por medio de inspección periódica y/o reparación.

3. Monitoreo y Detección

(i) Deben instalarse cámaras de circuito cerrado de televisión que operen todos los días, las veinticuatro horas y en todo el perímetro del Área de Cultivo y el Área Producción y Fabricación.

(ii) Debe instalarse un sistema de detección de intrusos.

(iii) El personal entrenado debe estar preparado para reaccionar de manera efectiva ante cualquier detección de acceso no autorizado o ante la presentación de incidentes de seguridad.

4. Control de Acceso

(i) Debe instalarse tecnología de control de acceso adecuada y deben adoptarse medidas apropiadas para restringir el acceso e identificar apropiadamente a todas las personas que entre o salga del perímetro del Área de Cultivo y del Área Producción y Fabricación.

(ii) Debe haber controles apropiados la expedición de candados, llaves y códigos de acceso.

(iii) El acceso a las áreas seguras debe estar restringido a personas cuya presencia en el área es requerida dadas sus responsabilidades laborales. Un miembro responsable de personal debe acompañar a los visitantes autorizados.

(iv) Debe tomarse un registro de la identidad de toda persona que entre o salga del Área de Cultivo y del Área de Producción y Fabricación.

5. Suministro de energía eléctrica

(i) En caso de falla en el suministro de energía eléctrica o manipulación del sistema de energía, debe estar disponible para efectos de asegurar la integridad de todos los sistemas, un suministro de energía ininterrumpido alterno suficiente.

(ii) Un plan respuesta debe estar en el lugar en caso de interrupción de energía, incluyendo reportes de incidentes y restablecimiento del servicio de energía.

6. Adicionalmente, se deberán aplicar los requerimientos que las autoridades encargadas de expedir las licencias estipulen en manuales y guías con el fin de garantizar los estándares de seguridad.

(Art. 30 del Decreto 2467 de 2015)

Capítulo 6
Sistema de verificación y control

Artículo 2.8.11.6.1 ***Objeto del sistema de verificación y control.*** El sistema de verificación y control tiene como finalidad verificar que todas las actividades y operaciones realizadas por el licenciatario de cualquiera de Licencias se ajusten a los objetivos y fines establecidos en el presente Título.

(Art. 31 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.2 ***Alcance del sistema de verificación y control.*** El sistema de verificación y control comprenderá el cumplimiento de los requisitos necesarios para mantener el licenciamiento de posesión, cultivo, producción y fabricación y exportación de derivados de cannabis.

(Art. 32 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.3 ***Autoridad competente para implementar el sistema de verificación y control.*** El control de las actividades que implican la posesión de

semillas para siembra y el cultivo de plantas de Cannabis estará a cargo de la Policía Nacional-Dirección Antinarcóticos y del CNE entidad que se apoyará, para los temas de manejo agronómico y producción, en el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural a través del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) o quien haga sus veces, en el marco de sus respectivas competencias. En los demás casos el control de actividades será adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 33 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.4 ***Componentes del sistema verificación y control.*** El sistema de verificación y control tendrá los siguientes componentes:

1. Administrativo. Comprende el análisis técnico y jurídico de las condiciones requeridas para mantener las licencias, así como la verificación del cumplimiento de los parámetros sobre los cuales éstas fueron otorgadas y las disposiciones contenidas en el presente Título.

2. Operativo. Comprende la realización de visitas de verificación del cumplimiento de los parámetros técnicos y jurídicos citados en componente administrativo. Las visitas o controles realizados, así como los hallazgos producto de las mismas, deberán informarse al Comité Técnico para la adopción de las decisiones administrativas correspondientes.

(Art. 34 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.5 ***Obligados a suministrar información.*** Los solicitantes y titulares de las Licencias de que trata el presente Título deberán suministrar toda la información que requieran las autoridades competentes para implementar el sistema de verificación y control para cumplimiento de sus funciones.

(Art. 35 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.6 ***Mecanismo de información.*** El ECN creara el mecanismo de seguimiento y registro de información de licencias que permita administrar la información y el seguimiento de las actividades y operaciones que realicen los titulares de las licencias prevista en este Título.

(Art. 36 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.7 ***Supervisión en las actividades de desnutrición.*** Las actividades de destrucción de semillas para siembra, cultivos y disposición de desechos deberán cumplir con la normativa ambiental vigente y contar con la supervisión de la Dirección de Antinarcóticos de la Policía Nacional, de acuerdo con sus competencias. De la actuación se levantara el acta respectiva.

(Art. 37 del Decreto 2467 de 2015)

Artículo 2.8.11.6.8 ***Deberes de los titulares de las licencias.*** Las personas titulares de las Licencias otorgadas en el presente Título tendrán los siguientes deberes:

1. Cumplir con los requisitos y condiciones establecidos para cada una de las Licencias y con lo dispuesto en el presente Título.

2. Permitir las visitas que se realicen en el ejercicio del control administrativo y operativo.

3. Informar cualquier circunstancia que conlleve la modificación de la licencia otorgada.

4. Remitir dentro de los términos que establezca la autoridad competente, la información requerida para efecto de las funciones de control.

5. Informar de manera inmediata a la autoridad competente cualquier circunstancia de orden público que pueda poner en riesgo la actividad licenciada.

6. Limitarse a realizar únicamente las actividades que han sido autorizadas en la respectiva licencia.

En caso de presentarse situaciones sobrevinientes que imposibiliten el cumplimiento de las obligaciones previstas en la Licencia concedida, el titular estará en la obligación de informar a la entidad encargada de otorgar la respectiva licencia para la adopción de las medidas adecuadas.

(Art. 38 del Decreto 2467 de 2015)

PARTE 9
PROTECCIÓN SOCIAL

TÍTULO 1
DESPLAZADOS Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

Artículo 2.9.1.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular la atención en salud a las víctimas de desplazamiento forzado, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 y cuando sea procedente, las normas que regulan los regímenes de excepción, siendo de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales y en general todas las personas jurídicas y naturales que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades que administren Regímenes de Excepción.

(Art. 1 del Decreto 2131 de 2003)

Artículo 2.9.1.2 ***Requisito.*** Para recibir los servicios en salud dentro de las coberturas establecidas legalmente, las víctimas de desplazamiento forzado deberán estar inscritas en el Registro Único de Víctimas, conforme a lo dispuesto por el Título 2 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1084 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación o las normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen.

Parágrafo 1. En el caso de las personas desplazadas, afiliadas al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los afiliados a un régimen de excepción, este requisito será necesario solo cuando se requieran servicios distintos a la atención inicial de urgencias, a través de una red diferente a la contratada por la respectiva Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado o por la entidad administradora del régimen de excepción.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, pondrá a disposición de las Entidades Departamentales y Distritales la base de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social a fin de facilitar los trámites administrativos y la adopción de los controles respectivos.

(Art. 2 del Decreto 2131 de 2003, parágrafo 1 modificado por el artículo 1 del decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.3 ***Cobertura de servicios.*** La población en condición de desplazamiento afiliada al régimen contributivo en calidad de cotizante o beneficiaria al régimen subsidiado, o a los regímenes de excepción, será atendida conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para el respectivo régimen al que pertenecen y los costos de la atención serán asumidos por las respectivas entidades de aseguramiento, en los términos de las normas que las regulan.

Los servicios en salud de la población desplazada por la violencia no asegurada que se brinden en los términos del artículo 167 de la Ley 100 de 1993 requieren el cumplimiento de los requisitos establecidos en el mencionado artículo y las normas que lo reglamenten.

La población desplazada por la violencia que no se encuentre afiliada a ningún régimen, tiene derecho a la prestación de los servicios de salud en las instituciones prestadoras públicas que defina la entidad territorial receptora, por nivel de atención, y de acuerdo con su capacidad de resolución, y excepcionalmente por instituciones privadas, previamente autorizadas por la entidad territorial cuando no exista oferta pública disponible.

Parágrafo. La cobertura en salud que se le brinde a la población desplazada por la violencia no asegurada, por fuera de los límites establecidos en las normas vigentes y sin el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente decreto, será asumida por la institución prestadora de servicios pública, o privada, con cargo a sus recursos propios, o por los usuarios de los mismos.

Artículo 2.9.1.4 ***Prestación de servicios de salud.*** La prestación de los servicios de salud a las víctimas de desplazamiento forzado se garantizará en la entidad territorial receptora, de la siguiente forma:

1. Población desplazada no asegurada en salud, sin capacidad de pago. Para los efectos del presente Capítulo, la población desplazada no asegurada sin capacidad de pago, es aquella población pobre que no se encuentra afiliada a ningún régimen

en salud, ni al Régimen Contributivo, ni al Régimen Subsidiado, ni a un régimen de excepción.

a. Es obligación de la entidad territorial receptora definir la red prestadora de servicios a través de la cual se atenderá a esta población;

b. Al momento de brindar la atención en salud las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que conformen dicha red deberán verificar el cumplimiento del requisito previsto en el artículo 2.9.1.2 del presente decreto;

c. La entidad territorial receptora, conjuntamente con la Institución Prestadora de Servicios de Salud, garantizarán que la cobertura de los servicios se ajuste a lo establecido en el artículo anterior;

d. La entidad territorial receptora debe garantizar que el acceso a la prestación de los servicios de salud se realice en principio a través del primer nivel de atención, con los mecanismos de referencia y contrarreferencia vigentes;

e. Para garantizar la prestación del servicio a la población desplazada es obligatorio que la entidad territorial adopte mecanismos para obtener una eficiente y adecuada utilización de los servicios de salud;

f. La atención en salud a través de prestadores privados solo es procedente cuando en la entidad territorial receptora no haya oferta pública;

g. La atención en salud de la población desplazada no asegurada hará parte de los contratos de prestación de servicios que suscriban la entidad territorial y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS para la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones.

2. Población desplazada asegurada en salud. Para los efectos del presente Capítulo, la población desplazada asegurada en salud, es aquella que se encuentra afiliada al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado o a un régimen de excepción.

a) La atención en salud de la población desplazada por la violencia, asegurada en el régimen contributivo, régimen subsidiado o en un régimen de excepción, debe ser garantizada por la respectiva entidad de aseguramiento en la entidad territorial receptora, para lo cual deberá adoptar los mecanismos, convenios y procedimientos que garanticen la prestación de los servicios en salud a sus afiliados.

Parágrafo. Es obligación de los departamentos y distritos, mantener una base de datos actualizada que le permita identificar tanto la población desplazada no asegurada como la asegurada en cada uno de los regímenes, incluyendo los de excepción, con sus respectivas entidades de aseguramiento. La entidad territorial debe informar a dichas instituciones acerca de los afiliados, que en condición de desplazamiento forzado por la violencia, se encuentran en su jurisdicción, para los fines previstos en el presente artículo.

Los departamentos y distritos deberán informar a todos los municipios receptores de población desplazada por la violencia, la red de instituciones prestadoras de

servicios de salud del departamento y de los municipios certificados, disponible para la atención de esta población.

(Art. 4 del Decreto 2131 de 2003, literal a) del numeral 2 modificado por el artículo 2 del Decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.5 ***Atención inicial de urgencias.*** La atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aún cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Víctimas.

Para el caso de las víctimas de desplazamiento forzado, el pago de los servicios prestados por concepto de atención inicial de urgencias, será efectuado por las entidades promotoras de salud, las EPS del régimen subsidiado, las entidades transformadas o adaptadas y aquellas que hagan parte de los regímenes de excepción, a la cual se encuentre afiliada la persona en condición de desplazamiento. Dichas entidades reconocerán al prestador, dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación de la factura, el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Anexo Técnico 1 del presente decreto.

El pago de la atención inicial de urgencias a la población desplazada no asegurada, se hará por la entidad territorial receptora.

(Art. 5 del Decreto 2131 de 2003 modificado por el artículo 3 del Decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.6 ***Financiación de la prestación de servicios.*** En desarrollo de los principios de subsidiaridad, complementariedad, descentralización y concurrencia, consagrados en el inciso segundo del artículo 3 de la Ley 387 de 1997, los servicios de la población desplazada por la violencia no asegurada se financiarán con los siguientes recursos:

1. Recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Los servicios de salud prestados por la entidad territorial receptora, de conformidad con el artículo 2.9.1.3 del presente decreto, se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y/o con recursos propios de libre destinación.

La población desplazada por la violencia, sin capacidad de pago, se tendrá en cuenta para la distribución anual de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, destinados a la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para tal efecto, el Conpes deberá ajustar las bases poblacionales suministradas por el DANE para cada entidad territorial, con la información sobre la población desplazada por la violencia.

Parágrafo 1. Los recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, del Fosyga, que destine el Ministerio de Salud y Protección

Social para financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre desplazada en lo no cubierto con subsidios a la demanda e inscrita en el Registro Único de Víctimas solo podrán ser utilizados para los fines previstos en el presente Capítulo, so pena de las sanciones penales, civiles, fiscales y disciplinarias a que haya lugar, y se manejarán a través de la cuenta maestra de la subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Fondo de Salud de la respectiva entidad territorial. La entidad territorial deberá reintegrar al Fosyga los recursos transferidos, cuando al concluir una vigencia fiscal estos no se hubieren ejecutado, o cuando hubiere cesado la condición de desplazamiento o se certifique la cobertura universal de aseguramiento en salud por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. De conformidad con el artículo 2.2.11.1.2 del Decreto 1084 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas comunicará a las entidades territoriales, el acto mediante el cual se declara la cesación de la condición de desplazado forzado por la violencia, por lo cual la financiación prevista en el presente Capítulo solo procederá mientras se mantenga tal condición.

(Art. 6 del Decreto 2131 de 2003, numeral 2 modificado por el artículo 1 del Decreto 4877 de 2007)

Artículo 2.9.1.7 ***Adopción de medidas sanitarias.*** Las administraciones municipales y distritales complementariamente con el departamento y la Nación y las entidades del sector salud según sus competencias, adoptarán las medidas sanitarias pertinentes para la prevención, mitigación y control de los riesgos para la salud derivados de los desplazamientos masivos y dispersos

(Art. 7 del Decreto 2131 de 2003 modificado por el artículo 4 del Decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.8 ***Inspección y vigilancia.*** Las Direcciones Territoriales de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República, el Ministerio Público, así como el Ministerio de Salud y Protección Social, cada uno dentro de sus competencias, ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control para hacer efectivos los derechos y servicios de salud a favor de la población en condición de desplazamiento.

(Art. 8 del Decreto 2131 de 2003)

TÍTULO 2
POBLACIONES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y OTRAS

Capítulo 1
Atención Integral en Salud a Mujeres Víctimas de Violencia

Artículo 2.9.2.1.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto definir las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las

mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud.

(Art. 1 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.2 ***Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones del presente Capítulo se aplican a las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las autoridades judiciales en el marco de las competencias que le fueron asignadas mediante la Ley 1257 de 2008, así como a las entidades territoriales responsables del aseguramiento.

(Art. 2 del Decreto 4796 de 2011)

Sección 1. Disposiciones generales sobre atención integral en salud a mujeres víctimas de la violencia

Artículo 2.9.2.1.1.1 ***Sistemas de información.*** De conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 9 de la Ley 1257 de 2008, las entidades responsables de reportar información referente a violencia de género en el marco de dicha ley, deberán remitirla al Sistema de Información de la Protección Social - SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que este expida.

(Art. 4 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.1.2 ***Guías y protocolos.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías para la atención de la mujer maltratada y del menor de edad maltratado, contenidas en la Resolución 412 de 2000 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. De igual forma, es el competente para actualizar el Modelo y Protocolo de Atención integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante la resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 5 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.1.3 ***Plan Decenal de Salud Pública Nacional.*** En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 9 y 13 de la Ley 1257 de 2008 y del artículo 6 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará el Plan Decenal de Salud Pública en el que incluirá las estrategias, planes, programas, acciones y recursos para la erradicación de las diferentes formas de violencia contra la mujer.

Los planes decenales territoriales de salud deberán incluir los lineamientos del plan decenal de salud pública en materia de violencia contra la mujer, acorde con la dinámica que en tal materia se presente dentro de la respectiva jurisdicción.

(Art. 6 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.1.4 ***Definiciones.*** Para efecto de la aplicación de la presente Sección, adóptense las siguientes definiciones.

Medidas de atención. Entiéndase como los servicios temporales de habitación, alimentación y transporte que necesitan las mujeres víctimas de violencia con afectación física y/o psicológica, sus hijos e hijas, cuando estos servicios sean inherentes al tratamiento recomendado por los profesionales de la salud, de acuerdo con el resumen de la historia clínica y cuando la Policía Nacional valore la situación especial de riesgo y recomiende que la víctima debe ser reubicada.

Situación especial de riesgo. Se entenderá por situación especial de riesgo, aquella circunstancia que afecte la vida, salud e integridad de la mujer víctima, que se derive de permanecer en el lugar donde habita.

La valoración de la situación especial de riesgo será realizada por la Policía Nacional de acuerdo a los protocolos establecidos por dicha autoridad.

(Art. 2 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.1.5 ***Garantía del servicio de habitación, alimentación y transporte.*** El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará los servicios de habitación, alimentación y transporte a que refiere el literal a) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, de acuerdo con los recursos disponibles.

(Art. 7 del Decreto 4796 de 2011)

Sección 2. Medidas de atención a mujeres víctimas de violencia

Artículo 2.9.2.1.2.1 ***Objeto y campo de aplicación.*** La presente Sección tiene por objeto establecer los criterios, condiciones y procedimiento para el otorgamiento de las medidas de atención definidas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y las autoridades competentes para ordenarlas en el marco de las responsabilidades que les fueron asignadas mediante la Ley 1257 de 2008, la Sección 2 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 2 del Decreto 1069 del 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Justicia y del Derecho y lo dispuesto en este Capítulo y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 1 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.2 ***Criterios para otorgar las medidas de atención.*** Los criterios para otorgar las medidas de atención relacionadas con los servicios temporales de habitación, alimentación y transporte a que refiere el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, son los siguientes:

a. Afectación para la salud física y/o mental de la mujer víctima, de acuerdo con lo consignado en el resumen de la historia clínica, el cual deberá contener las recomendaciones para el tratamiento médico a seguir.

b. Situación especial de riesgo en la que se encuentre la víctima.

(Art. 3 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.3 ***Autoridades competentes.*** Se entiende por autoridad competente para el otorgamiento de las medidas de atención consagradas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que la modifiquen o adicionen, el Comisario de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, en los casos de violencia intrafamiliar. En aquellos municipios donde no haya Comisario de Familia, el competente será el Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal del domicilio de la mujer víctima o del lugar donde fue cometida la agresión. Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial, competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto.

Cuando los casos lleguen a la Fiscalía General de la Nación por delito de violencia intrafamiliar o por situaciones de violencia en ámbitos diferentes al familiar, la autoridad competente para el otorgamiento de las medidas de atención será el Juez de Control de Garantías.

En los casos de violencia intrafamiliar, el Fiscal o la Víctima solicitarán al Juez de Control de Garantías el otorgamiento de las medidas de atención de que trata la presente Sección y remitirá las diligencias a la Comisaría de la Familia, Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal para que se continúe con el procedimiento en la forma y términos señalados en la presente Sección.

Cuando los casos lleguen a la Fiscalía General de la Nación por situaciones de violencia en ámbitos diferentes al familiar, el Fiscal o la víctima solicitarán al Juez de Control de Garantías el otorgamiento de las medidas de atención de que trata la presente Sección.

(Art. 4 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.4 ***Condiciones de las medidas de atención.*** Las medidas de atención de que trata el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, serán otorgadas con posterioridad a alguna de las medidas de protección contenidas en los artículos 17 y 18 en concordancia con el artículo 21 de la Ley 1257 de 2008, reglamentadas por la Sección 2 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 2 del Decreto 1069 del 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Justicia y del Derecho y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y su otorgamiento estará sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones.

1. Que la mujer se encuentre en situación especial de riesgo.

2. Que se hayan presentado hechos de violencia contra ella.

3. Que la violencia contra la mujer implique consecuencias para su salud física o mental.

4. Que la mujer requiera atención, tratamiento o cuidados especiales para su salud y sean inherentes al tratamiento médico recomendado por los profesionales de la salud.

5. Que el agresor permanezca o insista en permanecer en el mismo lugar de ubicación de la agredida o que no permaneciendo en este realice acciones que pongan en riesgo la vida o integridad personal de la víctima.

6. Que la víctima acuda ante un comisario de familia, a falta de este ante un juez civil municipal o un juez promiscuo municipal, o acuda ante la Fiscalía General de la Nación, para que de acuerdo con la solicitud de la víctima o el fiscal, el juez de control de garantías evalúe la situación y decida si hay mérito para ordenar la medida.

7. Que la víctima acredite ante la respectiva Entidad Promotora de Salud que la orden ha sido impartida por la autoridad competente; y

8. Que las prestaciones de alojamiento y alimentación sean temporales, es decir, por el lapso que dure la transición de la agredida hacia un estatus habitacional que le permita retomar y desarrollar el proyecto de vida por ella escogido.

Parágrafo. Cuando la mujer víctima se encuentre en un programa de protección de entidades estatales, las medidas de atención de que trata la presente Sección no sustituirán las mismas. El alojamiento, alimentación y transporte se aplicarán dentro de las condiciones de las medidas otorgadas en el programa de protección establecido para la víctima.

(Art. 5 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.5 ***De la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** Cuando la mujer víctima no esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser afiliada al Régimen Subsidiado en los términos que establece la Ley 1438 de 2011. Las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán a las alcaldías distritales o municipales las mujeres víctimas no afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud para que se ordene su afiliación inmediata al Sistema.

(Art. 11 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.2.6 ***Cobertura familiar.*** En el caso de que los hijos e hijas se encuentren afiliados a una EPS diferente a la de la madre víctima de violencia, o a un Régimen Especial o de Excepción, le corresponderá a la EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentra afiliada la mujer víctima, asumir la cobertura total del grupo familiar respecto de las medidas de atención.

(Art. 19 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.7 ***Otorgamiento de medidas de Atención cuando la víctima es atendida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud o un régimen de salud especial o excepcional.*** El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que acuden a recibir atención médica ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. La Institución Prestadora de Servicios de Salud valorará y atenderá a la mujer víctima de violencia, de conformidad con los protocolos médicos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, de lo cual elaborará el resumen de la atención donde especifique si la mujer víctima tiene una afectación en su salud física o mental relacionada con el evento y si requiere tratamiento médico y/o psicológico. El resumen deberá ser remitido a la autoridad competente dentro de las doce (12) horas siguientes a la culminación de la atención o de la urgencia. Si la mujer víctima de violencia no contare con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la IPS deberá informar del hecho a la entidad territorial con el fin de que se surta el proceso de afiliación al Sistema, en los términos establecidos en los artículos 32 de la Ley 1438 de 2011 y 2.9.2.1.2.5 del presente decreto, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Recibido el resumen de atención, la autoridad competente iniciará inmediatamente el trámite para la adopción de las medidas de protección, establecidas en el artículo 4 de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 1 de la Ley 575 de 2000, los artículos 16, 17 y 18 de la Ley 1257 de 2008 y la Sección 2 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 2 del Decreto 1069 del 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Justicia y del Derecho.

3. Una vez otorgadas las medidas de protección y verificado que la víctima no se encuentra en un programa especial de protección, la autoridad competente abordará a la mujer víctima de violencia con el fin de darle a conocer sus derechos y le tomará la declaración sobre su situación de violencia, previniéndola de las implicaciones judiciales y administrativas que dicha declaración conlleva. En todo caso, ninguna medida será tomada en contra de la voluntad de la mujer víctima.

4. La autoridad competente, dentro de las doce (12) horas hábiles siguientes a la aceptación de la medida de atención por parte de la mujer víctima, deberá solicitar a la Policía Nacional la evaluación de la situación especial de riesgo acorde con lo que para el efecto se define en el artículo 2.9.2.1.1.4 del presente decreto. El informe de evaluación de riesgo deberá ser remitido a la autoridad competente que la solicitó durante las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud, a efectos de que esta determine si otorga las medidas de atención.

5. En caso positivo, la autoridad competente remitirá inmediatamente la orden a la Entidad Promotora de Salud - EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentre afiliada la víctima, quien deberá en el término máximo de tres (3) días hábiles contados a partir del recibo de la orden, comunicar a la mujer víctima dicha decisión e informarle el lugar donde se le prestarán las medidas de atención, garantizando su traslado al mismo. Mientras se surte el traslado de la mujer al lugar de prestación de las medidas por parte de la EPS o del Régimen Especial o de Excepción, la autoridad competente podrá, si fuere el caso, adoptar y ordenar una protección temporal especial por parte de las autoridades de policía. Así mismo informará a la Secretaría Departamental o Distrital de Salud sobre el inicio de la medida de atención, para su seguimiento, monitoreo y control.

(Art. 6 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.8 ***Otorgamiento de medidas de Atención cuando la víctima denuncia el hecho de violencia ante la Comisaría de Familia o***

Autoridad competente. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que denuncian la violencia ante las autoridades competentes, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. Puesto en conocimiento el hecho de violencia ante la Comisaría de Familia o la autoridad competente de que trata el artículo 2.9.2.1.2.3 del presente decreto, esta deberá inmediatamente de una parte, ordenar alguna de las medidas de protección de conformidad con lo establecido en la Sección 2 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 2 del Decreto 1069 del 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Justicia y del Derecho y de la otra, remitir a la mujer víctima de violencia a la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red adscrita de la entidad a la que aquella se encuentre afiliada. En caso de no estar afiliada a ningún Sistema, deberá remitirla a la Empresa Social del Estado -ESE, más cercana, con el propósito de ser valorada en su condición de salud física y/o mental.

2. Acto seguido la autoridad competente deberá proceder de acuerdo a lo establecido en los numerales 1, 3, 4 y 5 del artículo anterior.

(Art. 7 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.9 ***Otorgamiento de medidas de Atención cuando la víctima pone en conocimiento el hecho de violencia ante el Ministerio de Relaciones Exteriores, Organismos Internacionales, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio Público y demás autoridades que conozcan casos de violencia contra la mujer.*** En estos casos, el otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. Conocida la situación de violencia por alguna de las autoridades a que refiere el presente artículo, estas deberán ponerla en conocimiento de las autoridades a que refiere el artículo 2.9.2.1.2.3 del presente decreto de acuerdo a su competencia, con el propósito de que se asuma el caso.

2. La autoridad competente que conozca del caso, deberá proceder como lo establece el artículo anterior.

(Art. 8 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.10 ***Contenido de la orden.*** La orden emitida por la autoridad competente para la adopción de la medida de atención deberá contener además de los generales de ley:

1. Tiempo por el cual se otorgará la medida de acuerdo a la duración del tratamiento médico recomendado.

2. La necesidad del tratamiento médico en salud física y/o mental de la mujer víctima.

3. Los mecanismos de seguimiento para el cumplimiento y para la determinación de una eventual prórroga de la medida.

(Art. 9 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.11 ***Término de las medidas de atención.*** Las medidas de atención deberán adoptarse por la duración del tratamiento médico recomendado y hasta por un término de seis (6) meses, prorrogable por un periodo igual.

Parágrafo. La autoridad competente de acuerdo con la evaluación de la situación especial de riesgo y con la información de la condición de salud física y mental suministrada por la Institución Prestadora del Servicio de Salud - IPS, evaluará mensualmente la necesidad de dar continuidad a las medidas de atención; y en caso de considerarlo pertinente, podrá revocar las medidas en cualquier momento mediante incidente, de acuerdo a lo estipulado en el parágrafo 2 del artículo 2.2.3.8.2.4. del Decreto 1069 del 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Justicia y del Derecho y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 10 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.12 ***Financiación de las medidas de atención.*** Las medidas de atención para las mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán financiadas con los recursos a que se refieren los artículos 2.6.1.2.3, 2.6.1.3.2 y 2.6.1.3.3 del presente decreto y los criterios de distribución entre las entidades territoriales que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Tratándose de mujeres víctimas de violencia afiliadas a Regímenes Especiales o de Excepción, la financiación de dichas medidas se hará, por cada uno de ellos, de acuerdo a los procedimientos que establezcan sus propias normas de financiación.

(Art. 11 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.13 ***Pago de las medidas de atención.*** Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, pagarán el costo generado por la prestación de las medidas de atención a que refiere esta Sección a las Empresas Promotoras de Salud EPS, de acuerdo con los lineamientos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Bajo ninguna circunstancia de carácter administrativo y/o financiero, las Empresas Promotoras de Salud - EPS, podrán negar o condicionar la prestación y continuidad de las medidas de atención. En todo caso las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, deberán generar mecanismos administrativos que garanticen el pago oportuno de dichas medidas.

(Art. 12 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.14 ***Pago de las medidas de atención por parte del agresor.*** Una vez la autoridad competente establezca la responsabilidad del agresor y este tenga capacidad de pago, le ordenará el pago de los gastos en que incurra el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Régimen Especial o de Excepción para las medidas de atención, de acuerdo con lo establecido en el

artículo 5 de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 17 de la Ley 1257 de 2008. El pago se efectuará mediante reembolso.

La autoridad competente ordenará que el agresor consigne los valores informados por la Dirección Departamental o Distrital de Salud, en la cuenta establecida por la entidad territorial, y por cada uno de los Regímenes Especiales o de Excepción.

(Art. 13 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.15 ***Criterios para la asignación del subsidio monetario.*** La asignación del subsidio monetario cuando la mujer víctima decida no permanecer en los servicios de habitación, estará supeditada a:

1. En el departamento o distrito donde resida la mujer víctima no existan servicios de habitación contratados.

2. En el municipio donde resida la mujer víctima no existan los servicios de habitación contratados y ella no pueda trasladarse del municipio por razones de trabajo.

3. Los cupos asignados en el departamento o distrito para servicios de habitación para las mujeres víctimas de violencia se hayan agotado.

(Art. 9 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.2.16 ***Monto del subsidio.*** De conformidad con lo establecido en la Ley 1257 de 2008, el monto del subsidio será el siguiente:

a. Para la mujer afiliada como cotizante al Régimen Contributivo, el equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. Para la mujer afiliada al Régimen Subsidiado el equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente.

c. Para la mujer víctima que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo como beneficiaria, el subsidio monetario será el equivalente al monto que se asigna a las mujeres víctimas afiliadas al Régimen Subsidiado.

Parágrafo. El subsidio monetario se entregará por parte del departamento o distrito directamente a la mujer víctima. Para el efecto, dichas entidades podrán suscribir convenios y/o contratos en los que deberán contemplar criterios de eficiencia para el control de la entrega de los subsidios monetarios y de minimización de trámites para las mujeres víctimas.

(Art. 10 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.2.1.2.17 ***Otorgamiento del subsidio monetario.*** Cuando se configure alguno de los criterios señalados en el artículo 2.9.2.1.2.15 del presente decreto procederá el otorgamiento del subsidio monetario para lo cual, la Entidad Promotora de Salud informará tal circunstancia tanto a la autoridad competente

como a la Dirección Departamental o Distrital de Salud del lugar donde se encuentre la mujer víctima.

La Dirección Departamental o Distrital de Salud hará entrega efectiva del subsidio monetario correspondiente, de acuerdo con el mecanismo que establezca debiendo aplicar para el efecto, los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El subsidio monetario se entregará a la mujer víctima por el tiempo de duración de la medida, para sufragar los gastos de habitación, alimentación y transporte en lugar diferente al que habite el agresor. Así mismo, estará condicionado a la asistencia a las citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima, hijos e hijas.

El desembolso del subsidio del segundo mes en adelante estará supeditado a la previa verificación por parte de la Dirección Departamental o Distrital de Salud de que la mujer víctima hace uso del mismo de acuerdo a lo establecido en el inciso anterior.

Parágrafo. En los casos de mujeres víctimas afiliadas a los Regímenes Especiales o de Excepción, la autoridad competente ordenará el pago del subsidio monetario al régimen al cual corresponda, en los términos del presente artículo.

(Art. 14 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.18 ***Seguimiento y control.*** Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, al igual que los Regímenes Especiales o de Excepción, deberán adoptar mecanismos de seguimiento y control a la aplicación de las medidas de atención otorgadas por la autoridad competente, conforme con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 15 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.19 ***Levantamiento de las medidas de atención.*** Las medidas de atención a que refiere el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, se levantarán por parte de la autoridad competente, en los siguientes casos:

1. Inasistencia injustificada a las citas o incumplimiento al tratamiento en salud física, psicológica y/o mental.

2. Ausencia recurrente e injustificada del lugar de habitación asignado.

3. Incumplimiento del reglamento interno del lugar de habitación asignado.

4. Utilización del subsidio monetario para fines diferentes a lo previsto en la ley.

Cuando se presente una de estas situaciones, la Institución Prestadora del Servicio de Salud - IPS, el administrador del lugar de habitación asignado, la Dirección Departamental o Distrital de Salud, o el Régimen Especial o de Excepción, deben reportarlas a la autoridad competente, quien deberá analizar la situación, y de ser

el caso revocar las medidas de atención informando de ello a la EPS, a la Dirección Departamental o Distrital de Salud o al Régimen Especial o de Excepción.

(Art. 16 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.20 ***Gestión de la información relacionada con las medidas de atención.*** Las entidades competentes, incluyendo los Regímenes Especiales o de Excepción, deberán armonizar sus sistemas de información con el Sistema de Información de la Protección Social -SISPRO, para facilitar el registro, seguimiento, evaluación y control de dichas medidas y apoyar la formulación de políticas públicas para la prevención de la violencia en especial, contra la mujer y la atención debida a las víctimas.

Parágrafo. El registro de las medidas se realizará por parte de las entidades competentes en el Registro Nacional de Medidas de Protección y Atención, el cual será parte del SISPRO.

(Art. 17 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.2.1.2.21 ***Mujer víctima menor de 18 años de edad.*** En los casos que se presente violencia contra la mujer menor de 18 años de edad, deberá intervenir el Ministerio Público y el Defensor de Familia, de acuerdo con las competencias otorgadas por la Ley 1098 de 2006.

(Art. 18 del Decreto 2734 de 2012)

Capítulo 2
Personas que Dejaron de ser Madres Comunitarias

Artículo 2.9.2.2.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto garantizar la continuidad en el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la definición como población especial y su consecuente vinculación al régimen subsidiado de salud, de las personas de que trata el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011.

(Art. 1 del Decreto 2487 de 2014)

Artículo 2.9.2.2.2 ***Ámbito de aplicación.*** El presente Capítulo aplica a las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011, por acreditar el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 3 del Decreto número 605 de 2013 y demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

(Art. 2 del Decreto 2487 de 2014)

Artículo 2.9.2.2.3 ***De la continuidad en el aseguramiento en salud.*** Para efectos de la afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las personas de que trata el artículo anterior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar las identificará mediante listado censal que

remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual verificará que son beneficiarias activas de la Subcuenta de Subsistencia.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la estructura de datos del listado censal que permita la identificación plena de las personas que dejen de ser madres comunitarias y se encuentren en las condiciones de que trata el presente Capítulo, por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente Capítulo y ello las haga potenciales afiliadas al régimen contributivo, así lo informarán a la EPS respectiva, quien deberá reportar al ICBF lo pertinente para la actualización del listado censal.

Parágrafo. Sin perjuicio del derecho a la libre elección y con el propósito de garantizar el derecho a la movilidad de las personas de que trata este Capítulo, las Entidades Administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, contratadas por el ICBF, en calidad de empleadores, informarán de su retiro a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo a las que se encuentren afiliadas, para que a su vez estas entidades reporten la novedad de movilidad al administrador de la BDUA. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro a la EPS del valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen subsidiado para el afiliado, a partir de la novedad de movilidad, en los términos de la normativa vigente.

(Art. 3 del Decreto 2487 de 2014)

Capítulo 3
Población reclusa

Artículo 2.9.2.3.1 ***Objeto y ámbito de aplicación.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular el aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y de las entidades territoriales en los establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal.

Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, se entenderá por población reclusa aquella privada de la libertad, interna en los establecimientos de reclusión, en guarnición militar o de policía, en prisión y detención domiciliaria, o bajo un sistema de vigilancia electrónica.

(Art. 1 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.2 ***Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) se realizará al Régimen Subsidiado a través de una o varias Entidades Promotoras de Salud Públicas o Privadas, tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen

Contributivo, autorizadas para operar el Régimen Subsidiado, que determine la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC). Dicha afiliación beneficiará también a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión.

Parágrafo 1. En concordancia con el literal m) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y con el numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, a las Entidades Promotoras de Salud les asiste la obligación de aceptar la afiliación de la población reclusa, según lo previsto en el presente Capítulo.

Parágrafo 2. La población reclusa que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para dicho régimen.

(Art. 2 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.3 ***Trámite para la afiliación de la población reclusa a cargo del INPEC al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*** Para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa a cargo del INPEC, dicho Instituto elaborará el listado censal de la población de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que permitan la inclusión de la información en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o el instrumento que lo sustituya. Igualmente, garantizará el registro y reporte oportuno de las novedades que afecten dicho listado.

Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, se entenderá como domicilio del recluso el municipio o distrito donde esté localizado el respectivo establecimiento de reclusión o el municipio o distrito donde fije su domicilio el recluso beneficiado con detención o prisión domiciliaria o bajo un sistema de vigilancia electrónica.

Parágrafo 1. Cuando el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) determine el traslado de alguna de las personas que hace parte de la población que está a su cargo a un lugar de reclusión donde no opere la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la que se encuentra afiliado, informará de tal hecho tanto a esa entidad como a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que opere en el nuevo lugar de reclusión y que lo afiliará, a efecto de que ambas entidades adelanten el procedimiento establecido en la normatividad vigente para actualizar la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Este traslado no estará sujeto a períodos de permanencia a determinada Entidad Promotora de Salud (EPS).

Parágrafo 2. Los traslados de EPS de la población que está a cargo del INPEC serán informados por dicho Instituto tanto a la EPS a la cual estaba afiliada la persona como a la EPS que deberá afiliarlo. A partir de la comunicación a la EPS de procedencia, la EPS asignada recibirá la UPC correspondiente al recluso trasladado.

Parágrafo 3. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), al momento de efectuar el traslado de un recluso, deberá tener en cuenta la estrategia de gestión del riesgo que se haya definido en el manual técnico-administrativo para la prestación de los servicios de salud.

Parágrafo 4. En el evento en que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) evidencie situaciones que impidan el reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), deberá adelantar ante las autoridades competentes, en un término no mayor a un año, la gestión correspondiente a fin de resolverlas.

(Art. 3 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.4 ***Seguimiento y control.*** El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) deberá realizar seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados de forma tal que se garantice el acceso oportuno y de calidad de los beneficiarios a los servicios de salud. Así mismo, deberá realizar auditorías a la prestación de los servicios de salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), ya sea directamente o a través de un contratista, con cargo a los recursos del presupuesto de dicha entidad, y suministrar al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y a los organismos de control la información que le sea solicitada sobre el aseguramiento de la población reclusa y que no esté sujeta a reserva legal.

(Art. 4 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.5 ***Garantía de la prestación de servicios de salud.*** La Entidad o las Entidades Promotoras de Salud a las que se afilie la población reclusa de que trata el presente Capítulo garantizarán los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud teniendo en cuenta, en el modelo de atención, la particular condición de dicha población.

Parágrafo 1. Para efectos de lo previsto en el presente Capítulo, la población reclusa afiliada al Régimen Subsidiado se asimila al nivel I del Sistema de Selección de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) y en consecuencia, estará exenta de copagos y cuotas moderadoras, en los términos del artículo 14 literal g) de la Ley 1122 de 2007.

Parágrafo 2. Los servicios del plan de beneficios que llegaren a prestarse a la población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados, les serán cobrados a los respectivos aseguradores.

(Art. 5 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa

a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.6 ***Organización de la prestación de servicios de salud para la población reclusa a cargo del INPEC.*** La Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a las que se afilie la población reclusa a cargo del INPEC, organizarán la atención que se prestará a dicha población, teniendo en cuenta:

1. El manual técnico administrativo para la prestación de los servicios de salud elaborado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), el cual deberá estar conforme al modelo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Las áreas de sanidad habilitadas para prestar los servicios de salud ubicadas al interior de los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.

3. Los procesos de referencia y contrarreferencia definidos para dicha población.

4. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con el perfil epidemiológico y los factores de riesgo.

5. La forma de articulación con otros aseguradores cuando se trate de población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o a Regímenes Exceptuados.

Parágrafo. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), al elaborar el manual técnico administrativo para la prestación de los servicios de salud, deberá tener en cuenta el Modelo de atención que determine el Ministerio de Salud y Protección Social el cual contendrá, entre otros, los siguientes aspectos: (i) Los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y (ii) Los programas que se deban desarrollar dentro de la estrategia de atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como las estrategias que permitan gestionar el riesgo por enfermedades de alto costo, de interés en salud pública, de trasmisión sexual y de salud mental en la población reclusa en los diferentes establecimientos carcelarios.

Este manual deberá ser adoptado por la Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) seleccionadas por la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y por los prestadores definidos por ellas, quienes coordinarán con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) lo relacionado con la seguridad de los internos.

(Art. 6 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.7 ***Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.*** Las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional

Penitenciario y Carcelario (INPEC) en las que se presten servicios de salud deberán cumplir con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con las disposiciones técnicas contenidas en la Resolución número 0366 de 2010, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, sustituya o modifique.

Parágrafo 1. La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), debe adelantar las acciones que sean necesarias para el adecuado cumplimiento de este artículo.

Parágrafo 2. Una vez cumplido un año desde que los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) efectúen la inscripción de las áreas de sanidad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud podrán verificar sus condiciones de habilitación.

(Art. 7 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.8 ***Continuidad en el acceso a la prestación de servicios de salud de la población a cargo del INPEC puesta en libertad.*** Cuando la población de internos afiliada al Régimen Subsidiado en los términos y condiciones del presente Capítulo sea puesta en libertad, o sea revocada o suspendida la medida de aseguramiento en su contra, el municipio o distrito en donde dicha población esté domiciliada deberá revisar su clasificación en el Sisbén o el instrumento que haga sus veces y, de ser una persona objeto de subsidio, deberá continuar su afiliación conforme a las reglas del Régimen Subsidiado. En todo caso, se garantizará la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud (EPS) por parte de la persona puesta en libertad.

Mientras esta afiliación se realiza, los servicios de salud que requiera esta población serán financiados por la entidad territorial con cargo a los recursos destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

(Art. 8 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.9 ***Financiación del aseguramiento de la población reclusa a cargo del INPEC.*** La financiación del aseguramiento en salud de la población reclusa afiliada al Régimen Subsidiado a cargo del INPEC se realizará con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), mediante el proceso de liquidación mensual de afiliados. El cálculo del monto a girar mensualmente a cada Entidad Promotora de Salud se realizará teniendo en cuenta los registros de afiliados cargados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o en el instrumento que la

sustituya, por el valor de la UPC que para la población reclusa a cargo del INPEC, determine la autoridad competente.

Parágrafo. La población reclusa afiliada al Régimen Contributivo se financiará con las cotizaciones obligatorias de salud en los términos y condiciones previstas para dicho régimen.

(Art. 9 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.10 ***Financiación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.*** Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que requiera la población reclusa a cargo del INPEC se financiarán con recursos de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) hasta la concurrencia de su asignación presupuestal para dicho fin.

Para la atención de estos servicios, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) podrá contratar una póliza que cubra dichos eventos o en su defecto realizar el pago de los mismos mediante la aplicación de un procedimiento que contemple como mínimo las condiciones previstas por el Gobierno Nacional y por el Ministerio de Salud y Protección Social para el reconocimiento de estos servicios por parte del Fosyga, incluyendo los valores máximos de reconocimiento. En todo caso la USPEC deberá establecer mecanismos de auditoría para el pago de estos servicios con cargo a los recursos del presupuesto de dicha entidad.

Parágrafo. Con los recursos a los que hace referencia el presente artículo la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) no podrá financiar las prestaciones de que trata el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

(Art. 10 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.11 ***Afiliación de la población reclusa en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal.*** La afiliación de la población reclusa en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal está sujeta a las condiciones de financiación y operación del Régimen Subsidiado.

Parágrafo. Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud estarán a cargo de la respectiva entidad territorial.

(Art. 11 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los

órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.12 ***Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la población reclusa.*** Para la población reclusa la autoridad competente definirá una UPC que responda a las condiciones particulares de dicha población, acorde con el riesgo y el costo de la atención en salud.

Parágrafo. Con el fin de establecer el valor de la UPC, las EPS que tengan o hayan tenido asegurada la población reclusa deberán suministrar a la autoridad competente la información necesaria y en los términos que esta la requiera. Las entidades territoriales, el INPEC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con quienes se hayan celebrado contratos de prestación de servicios de salud para la población reclusa deberán suministrar la información en los términos requeridos por dicha autoridad.

(Art. 12 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.13 ***Inspección, vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará en lo pertinente, el cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo y adoptará las acciones a que haya lugar en caso de incumplimiento.

(Art. 14 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Artículo 2.9.2.3.14 ***Complementariedad normativa.*** En lo no regulado por este Capítulo se aplicarán las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 15 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén recluidos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

Capítulo 4
Víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano

Sección 1. Disposiciones generales

Artículo 2.9.2.4.1.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto reglamentar el funcionamiento del régimen de regulación de venta de los ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano; la ruta de atención integral para las víctimas de ataques con estas sustancias; y reforzar la garantía de la atención integral en salud para las víctimas de ataques con los productos antes mencionados.

(Art. 1 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.1.2 ***Campo de aplicación.*** El presente Capítulo aplica a las personas naturales y/o jurídicas que vendan y compren al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, en el territorio nacional; así como a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las entidades territoriales, las entidades públicas responsables de la atención integral para las víctimas de ataques con estas sustancias, y las encargadas de ejercer funciones de inspección, vigilancia y control.

(Art. 2 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.1.3 ***Definiciones.*** Para efectos del presente Capítulo se adoptan estas definiciones:

1. Ácido: Especie química que tiene tendencia a donar protones o iones hidrogeno H+ o a aceptar iones hidróxilo (OH) (1923, Brönsted y Lowry). Los ácidos, dependiendo de su concentración, tienen un pH menor a 7 (pH ácido); a valores más bajos de pH la acidez es mayor.

2. Álcali o base: Especie química que es capaz de aceptar protones o iones hidrogeno H+ o donar iones hidróxilo (OH). Los álcalis, dependiendo de su concentración tienen un pH mayor a 7 (máximo 14); a valores mayores de pH la sustancia es más alcalina.

3. Comprador: Toda persona natural y/o jurídica que adquiera al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

4. Corrosividad: Característica de peligrosidad de una sustancia química o producto que causa el deterioro de un material, elemento o entorno con el que entra en contacto, a causa de un ataque electroquímico, denominado corrosión.

5. Daño al tejido por corrosión cutánea: Es la formación de una lesión irreversible de la piel, tal como necrosis, visible desde la epidermis hasta la dermis; como consecuencia de la aplicación de una sustancia de ensayo durante un periodo de hasta cuatro horas. Las reacciones corrosivas se caracterizan por úlceras, sangrado, escaras sangrantes, decoloración, alopecia y cicatrices.

6. Registro de Control de Venta al menudeo: Datos que hacen referencia a la actividad de ventas al menudeo de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, diseñado, implementado y puesto en funcionamiento por el Invima.

7. Sustancia Química: Cualquier material con una composición química conocida, sin importar su procedencia, que no puede separarse en otras sustancias por ningún medio mecánico.

8. Vendedor: Toda persona natural y/o jurídica que venda al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

9. Venta al menudeo: Para el registro de control de que trata el presente Capítulo, se entiende como la venta que se hace única y directamente al público, de cualquiera de las sustancias objeto de registro, hasta una cantidad de 5 litros o 5 kilogramos, según su naturaleza físico-química.

(Art. 3 del Decreto 1033 de 2014)

Sección 2. Régimen de control de comercialización.

Artículo 2.9.2.4.2.1 ***Productos objeto de registro.*** Serán objeto de registro de control para la venta al menudeo, creado por el artículo 3 de la Ley 1639 de 2013, las sustancias que determinen los Ministerios de Salud y Protección Social y de Comercio, Industria y Turismo, en aplicación de los criterios de clasificación de los ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, definidos por los mencionados Ministerios.

Parágrafo transitorio. El acto administrativo de que trata el presente artículo deberá ser expedido dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de este decreto.

(Art. 4 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.2.2 ***Registro de control de venta al menudeo.*** Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el diseño, puesta en funcionamiento y mantenimiento del sistema de información que soporta el registro de control para la comercialización de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, de que trata el presente Capítulo, a través del cual, quien intervenga en el proceso de comercialización de cualquier sustancia sujeta al registro de control, reportará la información que permita la trazabilidad sobre su procedencia, así como la individualización de cada uno de los actores que intervinieron en la operación de comercialización.

Parágrafo. Dicho sistema deberá garantizar condiciones de seguridad para el manejo de la información y el cumplimiento de las normas previstas en materia de protección de datos personales.

(Art. 5 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.2.3 ***Inscripción en el registro de control.*** Quien a 29 de mayo de 2014, venda al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, sujetos a registro de control, está obligado a inscribirse ante el Invima, dentro del mes siguiente a la puesta en marcha del citado registro. Sin perjuicio de las

sanciones a que haya lugar por el incumplimiento de la inscripción en el plazo aquí previsto, se deberá cumplir con dicha obligación.

Los establecimientos que con posterioridad a la puesta en marcha del registro de control, inicien ventas al menudeo de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, sujetas a registro de control, deben inscribirse ante el Invima, en un plazo no mayor a quince (15) días, contados a partir de la fecha de la primera transacción.

Así mismo y de manera permanente e inmediata, deberán informar al Invima cualquier cambio de propiedad, razón social, ubicación, cierre temporal o definitivo del mismo.

(Art. 6 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.2.4 ***Obligación de efectuar el registro de control.*** Una vez inscrito ante el Invima, por cada operación de venta al menudeo que efectúe sobre cualquier sustancia objeto de registro, el vendedor está obligado a suministrar la información del consumidor y la procedencia del producto, en el formato que para el efecto disponga el Invima, que contendrá la siguiente información: Nombre o razón social del vendedor y comprador, documento de identidad o NIT, tipo de transacción, descripción del producto, procedencia y cantidad y, lugar y fecha de la transacción.

El vendedor deberá reportar dicha información, en los siguientes plazos:

Ventas realizadas	Fecha máxima de reporte
Entre el 1 y el 15 del mes	Día 25 de ese mes
Entre el 16 y el último día del mes	Día 10 del mes siguiente

Parágrafo 1. Los vendedores de las sustancias sujetas a registro, serán responsables de la información suministrada. En cualquier momento, las autoridades podrán requerir el suministro inmediato de la información de ventas al menudeo.

Parágrafo 2. Dentro de los tres (3) meses siguientes al 29 de mayo de 2014, el Invima dispondrá lo necesario para garantizar la operación del registro.

(Art. 7 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.2.5 ***Obligación de información al público.*** Los vendedores de las sustancias objeto de registro, deben fijar en un lugar visible al público, avisos que contengan la siguiente leyenda, cuyos caracteres sean de un tamaño que permitan la fácil lectura de la misma: *"Prohíbase la venta de [sustancias objeto de registro] a menores de edad y a personas bajo el efecto de alcohol o sustancias psicoactivas".*

(Art. 8 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.2.6 ***Inspección, vigilancia y control.*** La Superintendencia de Industria y Comercio y las autoridades administrativas de policía, en lo de su competencia, ejercerán inspección, vigilancia y control respecto del cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente capítulo.

(Art. 9 del Decreto 1033 de 2014)

Sección 3. Atención integral para las víctimas

Artículo 2.9.2.4.3.1 ***Ruta intersectorial de atención integral.*** La ruta intersectorial de atención integral tiene por objeto garantizar el restablecimiento efectivo de los derechos de las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, de manera articulada, de conformidad con los principios constitucionales de colaboración armónica y de coordinación.

La ruta intersectorial de atención integral tendrá los siguientes componentes: la atención integral en salud que incluye la atención de primeros auxilios, la protección a la víctima y su familia, el acceso a la justicia y la judicialización de los agresores, la ocupación laboral o la continuidad laboral de las víctimas, los cuales se desarrollan en el Anexo Técnico 2 que hace parte integral de este Decreto.

(Art. 10 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.3.2 ***Responsables de la puesta en marcha y funcionamiento de la ruta intersectorial de atención.*** En el ámbito de sus competencias, la Policía Nacional, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las inspecciones del trabajo, entre otras, participarán en la puesta en marcha y el adecuado funcionamiento de la ruta de atención integral para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, con base en el Anexo Técnico 2 que integra el presente Decreto.

(Art. 11 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.3.3 ***Garantía de la atención en salud***. Las entidades promotoras de salud y las entidades territoriales, según corresponda, a través de su red de prestación de servicios, garantizarán a las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, a quienes se cause destrucción de tejidos, deformidad o disfuncionalidad, de manera prioritaria, en consideración a su especial situación de vulnerabilidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarios para restituir la fisionomía y funcionalidad de las partes afectadas, de conformidad con lo previsto en el artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 5 de la Ley 1639 de 2013.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, ejercerán seguimiento a la atención integral en salud que se preste a las víctimas.

(Art. 12 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.3.4 ***Tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios.*** La aprobación de las tecnologías en salud requeridas por las víctimas de que trata la Ley 1639 de 2013, que no se encuentren incluidas en el plan obligatorio de salud, serán tramitadas por el médico tratante de la víctima ante el Comité Técnico Científico de la EPS, siguiendo el procedimiento señalado en la Resolución número 5395 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Para el recobro ante el Fosyga o la entidad territorial, según corresponda, el Comité Técnico Científico de la EPS o de la EPS-S, deberá informar en el acta del CTC el carácter de víctima de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva y la relación de la tecnología en salud a recobrar con la afectación física y mental derivada del ataque, conforme a lo establecido en el artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y el artículo 3 de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

Parágrafo. En caso que las víctimas de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva que generen daño, se encuentren en una situación en la que a criterio del profesional de la salud que brinde la atención médica, se ponga en riesgo su vida o su integridad personal y requieran una tecnología en salud no POS, se deberá surtir el proceso definido en el parágrafo del artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y artículo 3 de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

(Art. 13 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.2.4.3.5 ***Sistemas de información para la caracterización del evento.*** Los reportes de información, monitoreo y vigilancia que alimentan el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y el administrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, serán fortalecidos para caracterizar con mayor calidad los eventos relacionados con ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

Parágrafo. En virtud de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 3 de la Ley 1639 de 2013, y en desarrollo del principio de colaboración armónica, a partir de la entrada en vigencia del presente Capítulo, las autoridades pondrán a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de manera permanente, la información relevante con que cuenten para la identificación de las sustancias o productos utilizados en los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

(Art. 14 del Decreto 1033 de 2014)

Capítulo 5

Migrantes colombianos provenientes de Venezuela

Artículo 2.9.2.5.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene como objeto garantizar el aseguramiento de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, mediante su definición como población especial y prioritaria y su consecuente afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de listados censales. También determinar la atención en salud por parte de las entidades territoriales de la población pobre no asegurada afectada por la deportación, expulsión, repatriación o retorno voluntario desde el territorio venezolano.

(Art. 1 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.2 ***Ámbito de aplicación.*** Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, y a los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela durante el año 2015, y a su núcleo familiar.

(Art. 2 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.3 ***Aseguramiento en salud.*** Para efectos de la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, cada entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicados, de manera temporal o definitiva, será la responsable de garantizar su afiliación y de elaborar el respectivo listado censal, con base en la información que repose en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano, que para el efecto remita al Ministerio de Salud y Protección Social la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

Con el fin de que las entidades territoriales municipales y distritales puedan cumplir con su obligación de elaborar los listados censales de la población que será afiliada al Régimen Subsidiado en Salud en virtud de lo definido en el presente decreto, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, debe reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano, con el objeto de establecer si existen personas que se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que por tanto, no les aplica lo aquí resuelto, luego de lo cual, la información depurada será dispuesta en la página web de este Ministerio para su consulta por parte de las diferentes entidades territoriales.

Una vez elaborados los listados censales por parte de las entidades territoriales municipales y distritales, los mismos deberán ser remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de las validaciones a que haya lugar en la Base de Datos Única de Datos de Afiliados (BDUA).

En el caso de que el migrante cambie temporalmente de municipio de residencia donde se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrá aplicar el mecanismo de portabilidad, conforme a lo establecido en los artículos 2.1.12.1 a 2.1.12.9 del presente decreto. No obstante, si se produce el cambio de residencia por parte del migrante de manera permanente, la entidad territorial municipal o distrital en la cual aquel fije su nueva residencia, deberá incluirlo en el listado censal y dar cumplimiento a las reglas establecidas en los referidos artículos.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente decreto, y en consecuencia, se encuentren obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, por haber adquirido capacidad de pago o por haber iniciado una relación laboral o contractual generadora de ingresos, el afiliado o el empleador según el caso, deberá reportar la novedad a la EPS-S en la cual se encuentra afiliado. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de verificación y control a que haya lugar, en el marco de lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011.

En todo caso, las personas que no se encuentren en los listados censales o no estén plenamente identificadas y que manifiesten estar en las situaciones de que trata el presente decreto, para acceder al Régimen Subsidiado en Salud deberán solicitar ante la entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicadas, la aplicación de la Encuesta Sisbén, con el fin de determinar si cumplen con las condiciones y requisitos para pertenecer a dicho Régimen.

Hasta tanto se logre el proceso de afiliación y de identificación plena, las personas a que refiere este decreto que requieran servicios de salud, deberán ser atendidas con cargo a los recursos para la atención a la población pobre no asegurada.

(Art. 3 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.4 ***Derecho a la libre escogencia.*** La persona cabeza de familia elegirá la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado dentro de las que se encuentren autorizadas para operar en el municipio de residencia, a la que se afiliará junto con su núcleo familiar.

Con el fin de facilitar el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, las entidades territoriales municipales y distritales deberán convocar a todas las EPS-S que se encuentren autorizadas para operar en el correspondiente municipio o distrito, las cuales deberán concurrir en forma obligatoria, para que se adelanten campañas de afiliación y se ejerza el derecho a la libre escogencia en los albergues en los cuales se encuentran dichas personas. Las entidades territoriales deberán supervisar las campañas de afiliación que se lleven a cabo, con el fin de garantizar que no exista selección adversa, ni vulneración a la libre elección de EPS-S.

(Art. 4 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.5 ***Publicación de listados censales.*** Con el objeto de garantizar el aseguramiento de los migrantes a que se refiere este decreto, las entidades territoriales deberán publicar en sus páginas web y/o en medios masivos

de información, los listados censales de la población beneficiaria, con el fin de que las distintas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, garanticen la correspondiente afiliación y el acceso a la prestación de los servicios de salud

La verificación de la condición de población especial prioritaria de que trata el presente decreto, se hará por parte de la respectiva EPS-S, a través de la consulta en la página web de la entidad territorial o de los medios de información que para el efecto se dispongan.

(Art. 5 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.6 ***Atención a cargo de las entidades territoriales.*** Mientras se logra el aseguramiento de la población establecida en el artículo 2.9.2.5.2 de este Capítulo, que se encuentre debidamente identificada por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, se deberá garantizar la prestación de los servicios de salud que requieran con recursos para atender a la población pobre no asegurada.

Así mismo, se deberá garantizar con recursos para población pobre no asegurada, la atención en salud de las personas que, de conformidad con la normatividad vigente, hacen parte del núcleo familiar de la población de que trata el inciso anterior, mientras se obtiene su identificación como ciudadanos colombianos o residentes.

(Art. 6 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.7 ***Inspección, vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar, para que se garantice el derecho a la libre escogencia, así como el aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, conforme a lo establecido en el presente decreto.

(Art. 7 del Decreto 1768 de 2015)

Artículo 2.9.2.5.8 ***Transitoriedad.*** El presente Capítulo rige por un año a partir del 4 de septiembre de 2015.

(Art. 8 del Decreto 1768 de 2015)

Capítulo 6
Prestación del servicio de salud en el cordón fronterizo Colombo - Ecuatoriano

Sección 1. Aspectos generales

Artículo 2.9.2.6.1.1 ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto establecer el mecanismo de reconocimiento y pago de servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia brindadas a nacionales ecuatorianos que habitan en el cordón

fronterizo binacional, cuando son atendidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas colombianas. Así mismo, establecer disposiciones que permitan la determinación de saldos a favor o en contra del Estado colombiano, con ocasión del cruce de cuentas a que haya lugar por los servicios brindados a nacionales colombianos en condiciones de reciprocidad en territorio ecuatoriano.

(Art. 1 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.1.2 ***Definiciones.*** Para la aplicación del presente Capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

1. Cordón fronterizo binacional: Es la zona de frontera colombo-ecuatoriana integrada por los siguientes municipios o unidades territoriales:

a) Municipios colombianos: Cuaspud, Cumbal, Ricaurte, Barbacoas, Ipiales y Tumaco del Departamento de Nariño, y Puerto Asís, Puerto Leguízamo, San Miguel y Valle del Guamuez, del departamento del Putumayo.

b) Unidades territoriales ecuatorianas: Tulcán, San Lorenzo, Sucumbíos Alto, Cáscales, Cuyabeno, Lago Agrio y Putumayo.

2. Beneficiarios de servicios: Son los habitantes de las Unidades Territoriales Ecuatorianas mencionadas en el numeral anterior, que requieran atención inicial de urgencias en una IPS pública inscrita por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional.

3. Atenciones iniciales de urgencia: Para efectos de cumplir el compromiso binacional, estas atenciones abarcan las siguientes modalidades de prestación de servicios de salud:

a) Atención de urgencias: Es la modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

b) Atención inicial de urgencias: Es la modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

i) La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento;

ii) La realización de un diagnóstico de impresión;

iii) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

4. Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA): Es el conjunto de datos mínimos y básicos, sistemáticos y continuos que deben diligenciar tanto las instituciones de salud públicas colombianas como las ecuatorianas, por las atenciones iniciales de urgencia, brindadas a extranjeros de tales nacionalidades, habitantes del cordón fronterizo binacional, para la planificación, dirección, regulación, control y soporte de los procesos asociados al reconocimiento y pago de los servicios, el cual se adoptará en el marco de la relación binacional.

(Art. 2 del Decreto 1954 de 2015)

Sección 2. Atención en salud y procedimiento de registro

Artículo 2.9.2.6.2.1 ***Atención en salud y remisión de pacientes.*** Los ecuatorianos habitantes de los municipios del cordón fronterizo binacional que por cualquier circunstancia se desplacen de manera temporal a un municipio colombiano del mismo cordón fronterizo y requieran atenciones iniciales de urgencia, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas colombianas, en donde tendrán derecho al cubrimiento de tales servicios, incluido el transporte de remisión al prestador de servicios de salud ecuatoriano más cercano, para continuar con el tratamiento médico posterior, si a ello hubiere lugar, conforme a las normas propias de los sistemas de salud de cada país.

Parágrafo 1. Bajo ninguna circunstancia se realizarán reconocimientos y pagos por servicios que no estén asociados a las atenciones iniciales de urgencia.

Parágrafo 2. Los servicios de salud de que trata el presente artículo, y que son susceptibles de pago con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, son los de las atenciones iniciales de urgencia brindadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas inscritas por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional.

(Art. 3 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.2.2 ***Protocolo de atención en salud.*** Las IPS públicas inscritas ante la autoridad competente y con servicios habilitados en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional, deberán seguir el protocolo para la atención en salud de pacientes adoptado en el marco del Acuerdo Binacional que se suscriba para tal efecto.

(Art. 4 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.2.3 ***Diligenciamiento del Registro Compartido de Atención en Salud (RCA).*** Las IPS públicas colombianas que presten a un beneficiario la atención inicial de urgencia, deberán diligenciar el Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA), que se adopte en el marco de la relación binacional. Este registro es requisito indispensable para el reconocimiento y pago de los servicios prestados.

Las IPS públicas colombianas deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir una resolución incorporando el Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA) que se adopte en el marco de la relación binacional.

(Art. 5 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.2.4 ***Tarifas.*** Las tarifas para el pago de servicios de salud a las IPS públicas colombianas que operen en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional, serán las establecidas en el Anexo Técnico 1 del presente Decreto.

En caso de medicamentos y dispositivos médicos suministrados por las IPS públicas colombianas e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por esa Comisión o quien haga sus veces.

Artículo 2.9.2.6.2.5 Cuando una IPS pública colombiana suministre una tecnología en salud que no tenga asignada una tarifa en el Anexo Técnico 1 del presente Decreto o en la regulación que expida la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o quien asuma sus competencias, el valor a reconocer será el de la tarifa que tenga definido la IPS pública, previa comprobación de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el mencionado decreto bajo otra denominación.

(Art. 6 del Decreto 1954 de 2015)

Sección 3. Financiación, reconocimiento y pago de los servicios de salud

Artículo 2.9.2.6.3.1 ***Financiación de los servicios de salud.*** Los servicios de salud brindados en las atenciones iniciales de urgencia a nacionales ecuatorianos por parte de las IPS públicas colombianas inscritas por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional, serán pagados con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, previa reclamación radicada por dichas instituciones, de acuerdo con el procedimiento establecido en el presente Capítulo.

Los servicios de salud brindados por las unidades de salud ecuatorianas a nacionales colombianos beneficiarios, serán pagados por la Subcuenta ECAT del Fosyga, previo cruce de cuentas con el costo de los servicios brindados a nacionales ecuatorianos en un mismo período, de acuerdo con las reglas y procedimientos establecidos en el presente Capítulo.

(Art. 7 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.2 ***Legitimación para reclamar.*** Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente Capítulo, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe, es la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública inscrita por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional y que haya brindado a un ciudadano ecuatoriano, habitante del mismo sector, los servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia.

Dichas instituciones podrán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, una reclamación para el pago de los servicios de salud en comento, en los periodos de radicación establecidos para el efecto.

(Art. 8 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.3 ***Soportes de la reclamación.*** Para la reclamación de que trata el artículo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas deberán presentar:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado.

2. Registro Compartido de Atención en Salud (RCA) debidamente diligenciado.

3. Copia del documento de identificación del paciente ecuatoriano a quien se le haya brindado los servicios de salud reclamados.

4. Original de la factura o documento equivalente de la Institución Prestadora de Servicio de Salud Pública que prestó el servicio, que debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Art. 9 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.4 ***Término para presentar las reclamaciones.*** Las IPS públicas colombianas que hayan prestado servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia a nacionales ecuatorianos habitantes de las Unidades Territoriales pertenecientes al cordón fronterizo binacional, deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud ante la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, dentro del término establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya.

(Art. 10 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.5 ***Término para resolver y pagar las reclamaciones.*** Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo se auditarán por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o la

entidad que este designe y se resolverán dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación establecido para el efecto. Se deberá verificar como mínimo la oportunidad de la presentación de la reclamación, la nacionalidad ecuatoriana del paciente atendido, si la atención correspondió a las atenciones iniciales de urgencia, la consistencia de la información contenida en los soportes de la reclamación y si la reclamación presentada ha sido o no pagada con anterioridad.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, se le comunicará de ello al reclamante.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe deberá cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas con aquellos disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto por la Subcuenta ECAT del Fosyga.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, establecerá el procedimiento detallado para el reconocimiento y pago de las reclamaciones a que hace referencia el presente Capítulo. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará mediante resolución el mecanismo de validación de la información acordado en el marco de la relación binacional que le permita al Fosyga realizar la auditoría de que trata este artículo.

(Art. 11 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.6 ***Consolidación de la información sobre valores pagados.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o la entidad que este designe, semestralmente consolidará la información relacionada con la totalidad del valor pagado, en dicho periodo, a las IPS públicas que operen en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional y que hayan brindado a un ciudadano ecuatoriano beneficiario los servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia, expresado en dólares a la tasa representativa del mercado promedio del mes en que se causaron.

(Art. 12 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.7 ***Cruce de cuentas.*** La mesa técnica binacional conformada por funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social del Estado colombiano, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y funcionarios de su homólogo en el Ecuador, realizará el cruce de cuentas y deberá reunirse semestralmente para:

1. Informar sobre el valor pagado tanto por el Estado colombiano por concepto de servicios de salud correspondientes a atenciones iniciales de urgencia, brindadas en el territorio colombiano a nacionales ecuatorianos habitantes del cordón fronterizo binacional, como por el Gobierno ecuatoriano sobre el pago de los servicios de salud correspondientes a atenciones iniciales de urgencia, brindadas en territorio ecuatoriano a nacionales colombianos habitantes del cordón fronterizo binacional.

2. Cruzar la información reportada por los dos Estados.

3. Determinar el valor a pagar por cada Estado, si a ello hubiere lugar, expresado en dólares a la tasa representativa del mercado promedio del mes en que se causaron.

De la reunión adelantada, la mesa técnica binacional realizará un acta en la que debe constar la información relacionada en los numerales 1, 2 y 3 del presente artículo, así como el número de cuenta bancaria al que se deberán realizar las consignaciones correspondientes, la cual deberá ser suscrita por los integrantes de la mesa en comento.

Parágrafo. En el acuerdo binacional que se suscriba para el efecto, los países podrán establecer los soportes necesarios para realizar el cruce de cuentas y la determinación de los valores a pagar por cada país. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adoptar mediante resolución los soportes exigibles en Colombia según el acuerdo binacional para poder realizar el cruce de cuentas.

(Art. 13 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.8 ***Saldos a pagar.*** Si resultaren saldos a favor del Gobierno ecuatoriano, dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización del cruce de cuentas, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, procederá al pago de los mismos.

Los saldos que resulten a favor del Estado colombiano, previo el cruce de cuentas de que trata el presente capítulo, serán ingresos de la Subcuenta ECAT del Fosyga.

(Art. 14 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.9 ***Alternativas al cruce de cuentas.*** Si producto de la evaluación del mecanismo de cruce de cuentas, la Mesa Técnica Binacional de Prestación de Servicios de Salud, con base en información verificable, adopta un mecanismo diferente para el pago de los servicios de salud entre Estados, el Gobierno nacional modificará el procedimiento de cobro al mecanismo que se adopte.

(Art. 15 del Decreto 1954 de 2015)

Artículo 2.9.2.6.3.10 ***Solución de controversias.*** En caso de surgir controversias en torno al reconocimiento o pago por los servicios de salud de que trata el presente Capítulo, las partes involucradas en cada caso, abordarán su resolución a través de los mecanismos establecidos por los dos países en el Acuerdo Binacional que se suscriba para tal efecto.

(Art. 16 del Decreto 1954 de 2015)

PARTE 10
PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL SGSSS

TÍTULO 1
PARTICIPACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo 1
Participación en salud

Artículo 2.10.1.1.1. ***Participación en salud.*** Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

(Art. 1 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.2. ***Formas de participación en salud.*** Para efectos del presente Capítulo, se definen las siguientes formas de Participación en Salud:

1. La participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a. La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

(Art. 2 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.3. ***Servicio de atención a los usuarios.*** Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 3 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.4. ***Servicio de atención a la comunidad.*** Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un Servicio de Atención a la Comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

1. Velar porque las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.

2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.

3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las Empresas Promotoras de Salud.

4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles Departamentales, Distritales y Municipales.

5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.

6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

(Art. 4 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.5. ***Sistema de atención e información a usuarios***. Las Instituciones Prestadoras de Servicios Salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán:

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistematice y canalice tales requerimientos.

2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

Parágrafo 1. El Servicio de Atención al usuario de los centros y puestos de salud podrá estar centralizado en el Hospital de Primer Nivel de Atención del Municipio o Distrito, con el cual se establecerán los mecanismos de retroalimentación y control que sean del caso.

Parágrafo 2. Cuando las condiciones locales impidan disponer del servicio telefónico como un medio idóneo para el sistema de información de que trata el presente artículo, se deberá establecer un sistema de información permanente, consultando los medios más idóneos de los cuales se disponga en la localidad o la región.

(Art. 5 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.6. ***Atención de las sugerencias de los afiliados.*** Las empresas promotoras de salud garantizarán la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de sus afiliados, pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado y designarán los recursos necesarios para tal efecto.

(Art. 6 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.7. ***Comités de participación comunitaria***. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para cuyos efectos estarán integrados así:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.

2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.

3. El Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1o de este artículo. La asistencia del director es indelegable.

4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del Municipio, tales como:

a. Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las UROS, UAIRAS, COE, COVE, MADRES COMUNITARIAS, GESTORES DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, entre otras.

b. Las Juntas administradoras locales,

c. Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal.

d. Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos.

e. El sector educativo

f. La Iglesia

Parágrafo 1. Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos para períodos de tres (3) años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

Parágrafo 2. Los Comités de Participación Comunitaria en Salud podrán obtener personería jurídica si lo consideran pertinente para el desarrollo de sus funciones, sin detrimento de los mecanismos democráticos de participación y representatividad.

Parágrafo 3. En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el silos respectivo, si ellos se hubieren establecido.

Parágrafo 4. Los Comités de Participación Comunitaria que se encontraban activos al 3 de agosto de 1994, circunscritos al área de influencia de centros y puestos de salud del municipio, enviarán su representante -debidamente acreditado- ante el Comité de Participación Comunitaria del Municipio.

(Art. 7 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.8. ***Funciones de los Comités de Participación Comunitaria en Salud.*** Son funciones de los Comités de Participación Comunitaria en Salud, las siguientes:

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al sistema general de seguridad social en salud en su jurisdicción respectiva.

2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los Servicios de Salud.

3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.

4. Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.

5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social -FIS- u otros fondos de cofinaciación a nivel nacional.

6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.

7. Concertar y coordinar con las dependencias del sistema general de seguridad social en salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.

8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.

9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme las disposiciones legales sobre la materia.

10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.

11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las Juntas Directivas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de Dirección cuando existan.

12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la Asamblea General de representantes de los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" de la respectiva entidad territorial.

13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.

14. Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

15. Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y\o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define éste mecanismo.

16. Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.

17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios cuando fuere necesario.

Parágrafo 1. Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes.

Parágrafo 2. Los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de la respectiva jurisdicción territorial, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas podrán asistir y ser convocados a las sesiones de los Comités de Participación Comunitaria a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el Comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados podrán delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema y/o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.

Parágrafo 3. Cuando la composición de los Comités sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, podrán organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

Parágrafo 4. Los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" tendrán Asambleas Territoriales, municipales, departamentales y nacionales, para la planeación, concertación, evaluación y elección democrática de sus representantes ante los organismos donde deban estar representados conforme a las disposiciones legales pertinentes.

(Art. 8 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.9. ***Garantías a la participación.*** Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

(Art. 9 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.10. ***Alianzas o asociaciones de usuarios.*** La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del Sistema formando Asociaciones o alianzas de Usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios.

(Art. 10 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.11. ***Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios.*** Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.

La Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

(Art. 11 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.12. ***Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios.*** Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de estas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años. Para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva Empresa Promotora de Salud pública y mixta.

2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud de carácter hospitalario, pública y mixta.

3. Un (1) representante ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo.

4. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.

5. Dos (2) representantes ante el Comité de Ética Hospitalaria, de la respectiva Institución Prestataria de Servicios de Salud, pública o mixta.

(Art. 12 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.13. ***Funciones de las asociaciones de usuarios.*** Las Asociaciones de Usuarios tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la Entidad Promotora de Salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.

3. Participar en las Juntas Directivas de las Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.

4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud y la Empresa Promotora de Salud.

5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las Juntas Directivas, se apliquen según lo acordado.

6. Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.

7. Proponer a las Juntas Directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.

8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo a lo que para tal efecto se establezca.

9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.

12. Elegir democráticamente sus representantes ante la Junta Directiva de las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestatarias de Servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para periodos máximos de dos (2) años.

13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por periodos máximos de dos (2) años.

14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

Parágrafo 1. Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo y subsidiado, el Gobierno promoverá su organización como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las formas de organización comunitaria.

Parágrafo 2. El asociado a una alianza o asociación de Usuarios conserva el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

(Art. 14 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.14. ***Comités de ética hospitalaria.*** Las Instituciones Prestatarias de Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El director de la institución prestataria o su delegado.

2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.

3. Dos (2) representantes de la Alianza o de Usuarios de la Institución prestataria de servicios.

4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

Parágrafo. Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para períodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) períodos consecutivamente.

(Art. 15 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.15. ***Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria***. Los Comités de Ética Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.

2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.

3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y opurtuna.

4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.

6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.

7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

8. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.

(Art. 16 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.16. ***Expresión de la participación social.*** La participación social se expresará en la confluencia de las formas de participación social de que trata el presente Capítulo, en procesos cogestionarios de planeación y veeduría en salud.

Los procesos territoriales de planeación y veeduría en salud, contarán con la participación ciudadana, comunitaria e institucional.

(Art. 17 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.17. ***Proceso de planeación en salud.*** El diseño y gestión de los planes territoriales de Salud, se hará de manera concertada con la participación de los diferentes sectores sociales y las autoridades pertinentes convocarán un representante del nivel local y departamental de salud y del Comité de Participación Comunitaria en Salud de la respectiva entidad territorial.

(Art. 18 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.18. ***Representación en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.*** Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en los niveles Departamental, Distrital y Municipal, contarán con la representación de las Asociaciones de Usuarios.

Las Asociaciones de Usuarios enviarán un representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, elegido en Asamblea General, por y entre los representantes de las diferentes asociaciones de la respectiva entidad territorial.

(Art. 19 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.19. ***La veeduría en salud.*** El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

a. En lo ciudadano a través del servicio de atención a la comunidad, que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes, para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.

b. En lo comunitario mediante el ejercicio de las funciones de los Comités de Participación Comunitaria.

c. En lo institucional mediante el ejercicio de las funciones de las Asociaciones de Usuarios, los Comités de Ética Médica y la representación ante las Juntas Directivas de las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud.

d. En lo social mediante la vigilancia de la gestión de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y en los Consejos Territoriales de Planeación, los cuales tendrán la obligación de dar respuesta a los requerimientos de inspección y comprobación que cursen formalmente cualquiera de las Organizaciones Comunitarias mencionadas anteriormente.

Parágrafo. La prestación de los servicios mediante el régimen de subsidios en salud serán objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, entre los afiliados, con el fin de garantizar cobertura, calidad y eficiencia; sin perjuicio de los demás mecanismos de control previstos en las disposiciones legales.

(Art. 20 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.20. ***Ejercicio de la veeduría.*** La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.

(Art. 21 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.21. ***Inhabilidades e incompatibilidades del veedor ciudadano.*** Para ser veedor ciudadano en cualquiera de sus niveles se requiere no estar incurso en este régimen de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con el régimen legal.

(Art. 22 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.22. ***Funciones de la veeduría.*** Son funciones de la veeduría:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.

2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.

3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.

4. Velar una utilización adecuada de los recursos.

5. Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.

6. Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

(Art. 23 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.23. ***Participación en el ejercicio de funciones y prestación de servicios.*** Las organizaciones sociales y comunitarias podrán vincularse al desarrollo y mejoramiento de la salud en los municipios mediante su participación en el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de estas, en los términos consagrados en las disposiciones legales.

(Art. 24 del Decreto 1757 de 1994)

Capítulo 2
Participación en el Instituto Nacional de Cancerología

Artículo 2.10.1.2.1 ***Proceso de elección.*** Las siguientes normas reglamentan el proceso de elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios en calidad de pacientes ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, que serán elegidos por y entre los miembros de dichas asociaciones.

(Art. 1 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.2 ***Requisitos de los candidatos.*** Los miembros de las Asociaciones de Usuarios interesados en postularse como candidatos, deberán acreditar las siguientes condiciones:

1. Ser paciente con diagnóstico de cáncer y haber utilizado los servicios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, como mínimo durante el año inmediatamente anterior a la elección. Esta condición se prueba mediante certificación expedida por el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

2. Ser miembro de una Asociación de Usuarios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, legalmente constituida con una antigüedad no menor a un (1) año inmediatamente anterior a la elección. Esta

condición se acredita mediante certificación expida por la Asociación de Usuarios a la que se pertenezca.

3. No estar incurso en causales de inhabilidad e incompatibilidad, manifestación que se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto Ley 2150 de 1995, modificado por el artículo 25 de la Ley 962 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Adicionalmente, deberán manifestar por escrito la aceptación como representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en caso de ser elegido.

(Art. 2 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.3 ***Convocatoria general.*** El Director General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, promoverá la convocatoria a través de medios masivos de comunicación a todas las Asociaciones de Usuarios para que se reúnan en la fecha y sitio que se les señale y a través del mecanismo que ellos decidan, elijan entre sus miembros, a las personas que las van a representar ante su Junta Directiva.

(Art. 3 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.4 ***Convocatoria para la elección por falta absoluta.*** Cuando se presente alguno de los eventos de que trata el presente Capítulo, constitutivos de falta absoluta, el Director General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, promoverá la convocatoria dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho, a través de medios masivos de comunicación, a todas las Asociaciones de Usuarios para que se reúnan en la fecha y sitio que se les señale y a través del mecanismo que ellos decidan elijan entre sus miembros, a la(s) persona(s) que las va(n) a representar ante la referida Junta Directiva.

(Art. 4 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.5 ***Desarrollo de la reunión.*** La reunión para elegir los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología -Empresa Social del Estado, se desarrollará de la siguiente manera:

1. Al ingreso a la reunión, se verificará por cada una de las Asociaciones de Usuarios, la condición de asociado activo de las personas asistentes a la reunión

2. La reunión se llevará a cabo siempre y cuando asistan un mínimo de diez (10) personas pertenecientes a la (s) Asociación (es) de Usuarios.

3. Acto seguido los asistentes nombrarán las personas responsables de coordinar la reunión, designándose para el efecto un presidente y un secretario.

4. El presidente de la reunión presentará la propuesta de orden del día para aprobación, en la que se incluirá la definición por parte de los asistentes del mecanismo a utilizar para la elección de los representantes ante la Junta Directiva.

5. Definido el mecanismo a utilizar para la elección de los representantes, se procederá a la elección.

6. Se levantará el acta de la reunión que deberá ser firmada por quienes hayan sido designados como presidente y secretario, en la que se consignarán:

a) El mecanismo utilizado para la elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología -Empresa Social del Estado.

b) Los candidatos postulados y la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto.

c) El número de votos obtenidos por cada uno de ellos.

d) Los nombres de los candidatos elegidos y los documentos que soporten el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto.

e) El nombre y documento de identificación de los asistentes.

f) Los demás datos que se consideren pertinentes y necesarios.

Parágrafo 1. El nombre y documento de identificación de los asistentes deberá constar en anexo separado con la firma de cada uno de ellos.

Parágrafo 2. El secretario de la reunión, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la elección, deberá entregar al Director del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, el acta debidamente firmada, con los anexos correspondientes.

(Art. 5 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.6 ***Verificación del Cumplimiento De Requisitos y Envío al Ministerio de Salud y Protección Social.*** Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación de que trata el parágrafo 2 del artículo anterior, el Secretario General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto y si alguno de los elegidos o ambos, no los reúne, devolverá la documentación a las Asociaciones de Usuarios a la cual pertenezcan los elegidos, caso en el cual, el Director del precitado Instituto, deberá efectuar una nueva convocatoria, a más tardar dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, en los términos establecidos en el presente decreto.

Si los elegidos cumplen los requisitos, el Secretario General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado enviará al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la verificación del cumplimiento de los mismos, estos documentos:

1. Copia del acta de la reunión en la que conste la elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

2. Hoja de vida de los elegidos y documentos que soporten el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto, a saber:

a) Certificación expedida por el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en la que conste que los elegidos son pacientes con diagnóstico de cáncer y han utilizado los servicios de dicha entidad, como mínimo durante el año inmediatamente anterior a la elección.

b) Certificación expedida por la Asociación de Usuarios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en la que conste que el elegido pertenece a la correspondiente Asociación y ha sido miembro de esta durante mínimo un año inmediatamente anterior a la elección.

c) Comunicaciones suscritas por los elegidos en las que se manifieste no estar incursos en causal de inhabilidad o incompatibilidad para ejercer el cargo, manifestación que se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto Ley 2150 de 1995, modificado por el articulo 25 de la Ley 962 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

d) Escrito en el que se manifieste la aceptación como representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

3. Certificación del Secretario General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en la que conste el cumplimiento por parte de los candidatos de los requisitos establecidos en el presente decreto.

(Art. 6 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.7 ***Posesión de(l) (los) elegido(s).*** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la documentación de que trata el artículo anterior, procederá a través de la Secretaria General a posesionar a los elegidos, dejando constancia en el libro de actas que deberá llevarse para tal efecto. Copia del acta, será enviada al Representante Legal del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

Parágrafo 1. Los elegidos representarán a todas las Asociaciones de Usuarios, independientemente de la asociación de la que sea miembro.

Parágrafo 2. Cuando del análisis de la documentación enviada se generen observaciones, dentro del mismo término contemplado en el inciso primero de este artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a devolverla al Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, para que éste, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, se pronuncie sobre lo pertinente.

Recibido el pronunciamiento, de ser el caso, el Ministerio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes dará posesión a los elegidos. De no recibirse el pronunciamiento o éste no ser satisfactorio, se devolverá a dicho Instituto la documentación para que se proceda a realizar nueva convocatoria, la cual deberá efectuarse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, al recibo de documentación.

(Art. 7 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.8 ***Pérdida de la calidad de representante de las asociaciones de usuarios ante la junta directiva.*** La calidad de representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado se perderá en los siguientes eventos:

1. Por inasistencia injustificada a tres (3) sesiones consecutivas o cinco (5) durante el año.

2. Por comprobarse alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses, establecidos en la ley.

3. Por las demás causas que se establezcan en las normas relativas a la participación o en los reglamentos de la Junta Directiva.

(Art. 8 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.9 ***Faltas absolutas.*** Se consideran faltas absolutas de los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, las siguientes:

1. Muerte.

2. Interdicción judicial.

3. Renuncia.

4. Incapacidad física permanente.

5. Pérdida de calidad de representante.

6. Vencimiento del periodo del representante

(Art. 9 del Decreto 2141 de 2011)

TÍTULO 2
CULTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 2.10.2.1 ***Objeto.*** El presente Título tiene por objeto promover la Cultura de la Seguridad Social a través de las organizaciones a las que refiere la Ley 1502 de 2011, quienes desarrollarán en el ámbito de sus competencias y responsabilidades, acciones y programas orientadas a promover el conocimiento y

apropiación de los principios y valores de la seguridad social, estimularán esta temática entre la población e informarán los resultados del cumplimiento de sus responsabilidades en el marco de dicha ley.

(Art. 1 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.2 ***Plan de la Cultura de la Seguridad Social.*** Para efectos de la sensibilización y socialización de la cultura de la seguridad social, el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará el documento denominado "plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia", el cual se articulará como componente del sector en el Plan Nacional de Desarrollo y constituirá el referente para la realización de la Jornada Nacional por una Cultura de Seguridad Social.

(Art. 5 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.3 ***Cultura de la Seguridad Social en el Proceso Educativo.*** Con base en los lineamientos de la Ley 1502 de 2011 y en el marco de la Ley General de Educación, Ley 115 de 1994, el Ministerio de Educación Nacional dará orientaciones para que las entidades territoriales certificadas en educación y las instituciones educativas de preescolar, básica y media, en el marco de su autonomía, incorporen los principios de la Seguridad Social en el proceso formativo de los niños, niñas y adolescentes y que anualmente, en la Semana de la Seguridad Social, desarrollen actividades alusivas con la participación de los demás miembros de la comunidad educativa.

(Art. 6 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.4 ***Medidas Especiales en el Sector de Seguridad Social.*** Los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo en el marco de sus competencias y con el objeto de difundir la seguridad social en Colombia, coordinarán programas de capacitación para efectos de promover los principios, deberes y derechos en el Sistema de Seguridad Social.

(Art. 7 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.5 ***Semana de la Seguridad Social.*** La Comisión de Seguimiento a la Cultura de la Seguridad Social recomendará al Ministerio de Salud y Protección Social los lineamientos de las actividades a desarrollar en la Semana de la Seguridad Social, sin perjuicio de las demás actividades que sean realizadas por entidades e instituciones públicas y privadas en el ámbito de sus competencias.

De manera particular, se promoverá la realización de las siguientes actividades:

a. Encuentros académicos en los que se socialicen y construyan colectivamente los principios y valores de la seguridad social;

b. Inclusión en los programas de inducción del componente de la seguridad social en cuanto a su importancia dentro del Estado social de derecho;

c. Coordinación entre empleadores, organizaciones de trabajadores y responsables de la seguridad social para difundir los principios y valores;

d. Acuerdos con instituciones especializadas y educativas para promover la divulgación de principios y valores de la seguridad social, a través de esquemas amplios, diversos y masivos para la comunidad, utilizando herramientas informáticas y de telecomunicaciones, entre otros;

e. Actividades para divulgar la normatividad nacional en materia de valores de la seguridad social entre las comunidades en las que se aborden experiencias en la materia y antecedentes históricos;

f. Mesas de trabajo con grupos focales desprotegidos y grupos de especial protección constitucional, con la finalidad de debatir temas coyunturales y promover espacios de diálogo y construcción de la cultura de seguridad social;

g. Muestras culturales asociadas a la seguridad social;

h. Marchas por la seguridad social;

i. Los dos minutos de conciencia que se realizarán a las 10:00 a. m., en todo el país durante toda la semana de la seguridad social.

Parágrafo. Las actividades de la "Semana de la Seguridad Social" y de la "Jornada Nacional por una Cultura de Seguridad Social", se desarrollarán tomando como referente el "Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia", los principios que integran la Estrategia Regional para una Ciudadanía con Cultura en Seguridad Social: Seguridad Social para Todos, el Plan Decenal de Salud Pública y los principios consagrados en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, y asumirán como referente los valores allí contenidos.

(Art. 8 del Decreto 2766 de 2013)

LIBRO 3
NORMAS COMUNES DE LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Artículo 3.1 Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral, está conformado por:

- El Sistema General de Pensiones

- El Sistema de Seguridad Social en Salud

- El Sistema General de Riesgos Laborales

Cada afiliado, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993, podrá escoger de manera separada la entidad administradora del régimen de salud y del régimen de pensiones, a la cual deseen estar vinculados. Los pensionados podrán escoger libremente la entidad administradora del régimen de salud que prefieran.

(Art. 1 del Decreto 692 de 1994)

PARTE 1
REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS (RUAF)

Artículo 3.1.1 Definiciones generales. Para los efectos de la presente Parte, las expresiones que se señalan a continuación tendrán los siguientes alcances:

1. *Sistema:* Se refiere al Sistema de la Protección Social definido en el Artículo 1° de la Ley 789 de 2002.

2. *Empleador:* Comprende a las personas naturales o jurídicas que tienen la obligación directa frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el Sistema.

3. *Administradora:* Comprende a las entidades administradoras de pensiones del régimen solidario de prima media con prestación definida, a las entidades administradoras de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, incluidas las entidades adaptadas y demás entidades autorizadas para administrar los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, a las entidades Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, a las Cajas de Compensación Familiar, a las entidades administradoras de Cesantías incluido el Fondo Nacional de Ahorro, y a las demás entidades del orden nacional o territorial que administren programas que se presten dentro del Sistema de la Protección Social, tales como el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, el Fondo de Solidaridad Pensional, Departamento Administrativo de la Prosperidad Social, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, etc.

4. *Afiliado:* Es la persona que tiene derecho a la cobertura de riesgos que brinda el Sistema.

5. *Órganos de control:* Comprende al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales y a las Superintendencias Financiera, de Salud y de Subsidio Familiar, quienes ejercen, en el marco de sus propias competencias, funciones de control del cumplimiento de las obligaciones que la ley establece para con el Sistema. En cada caso, esta expresión se entenderá referida a la entidad o entidades que ejerzan, conjunta o separadamente, las tareas de inspección, vigilancia y control con respecto a una entidad administradora, empleador, afiliado, o riesgo, según resulte pertinente.

6. *Órgano de Administración del RUAF:* Es el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad a la cual corresponderá administrar el sistema de información que conforma el RUAF. Dicha administración podrá ejercerla en forma directa, o a través de una empresa especializada designada para el efecto.

(Artículo 1 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.2 Subsistemas del Sistema de la Protección Social. Para los efectos del presente Parte el Sistema de la Protección Social estará conformado por los siguientes subsistemas:

a) Subsistema de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo, SSC.

b) Subsistema de Seguridad Social en Salud, régimen subsidiado, SSRS

c) Subsistema de Seguridad Social en Pensiones, SSP.

d) Subsistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales, SSRL

e) Subsistema de Subsidio Familiar, SSF.

f) Subsistema de Parafiscales, (Sena e ICBF).

g) Subsistema. Subsistema de Cesantías, SC.

h) Subsistema de Asistencia Social, SAS.

(Art. 2 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.3 ***Obligación de reportar información.*** Las administradoras de los riesgos que conforman los diferentes Subsistemas del Sistema de la Protección Social están obligadas a reportar la información relativa a sus empleadores y afiliados, en los términos y a las entidades que se indican en el presente Parte.

En cumplimiento de esta obligación, las administradoras deberán suministrar la información de sus afiliados y en general de aquellas personas que, de conformidad con las normas vigentes, hayan tenido derecho a los servicios que brinda el Sistema durante el período reportado.

Las administradoras estarán obligadas a reportar, de acuerdo con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la actualización de la información relativa a sus empleadores y afiliados.

Las administradoras del Sistema de la Protección Social reportarán la información en forma directa ante el Órgano de Administración del RUAF.

Parágrafo. Será responsabilidad de las administradoras el suministro completo, oportuno y periódico de la información. Será responsabilidad del órgano de Administración del RUAF llevar a cabo las validaciones sobre dicha información, generar los reportes de inconsistencias que se detecten en ella y mantenerla actualizada de acuerdo con la remisión de la misma por parte de las administradoras.

(Art. 3 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.4 ***Especificaciones técnicas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las especificaciones técnicas para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo anterior para las administradoras del

Sistema, para el reporte de la información necesaria para la operación del RUAF, de conformidad con los artículos 3.1.3, 3.1.4 y 3.1.5 del presente Parte.

(Art. 4 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.5 ***Plazos para la entrega de la información.*** Las administradoras deberán reportar la información al órgano de Administración del RUAF, en los plazos y mediante los mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social

(Art. 5 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.6 ***Reporte de información de entidades que administran distintos riesgos.*** Las administradoras de los diferentes riesgos cubiertos por el Sistema deberán efectuar reportes independientes para cada uno de dichos riesgos, de conformidad con lo establecido en los artículos 3.1.3, 3.1.4 y 3.1.5 del presente Parte.

(Art. 6 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.7 ***Designación de funcionarios para el funcionamiento del RUAF***. Las administradoras deberán informar al órgano de administración del RUAF la persona o personas que servirán de punto de enlace para el suministro de la información al RUAF, para la recepción y manejo de los reportes de inconsistencias, y para las demás actuaciones necesarias para su funcionamiento.

(Art. 7 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.8 ***Validación de la información.*** Una vez recibida la información de las administradoras, el órgano de administración del RUAF deberá llevar a cabo un proceso de validación sobre los formatos de los archivos recibidos que permita garantizar que la información allí contenida pueda ser procesada correctamente, sin perjuicio del proceso de validación que deben efectuar las administradoras sobre la información remitida. Dicha validación comprenderá el volumen total de la información, la estructura de los campos y la consistencia de los datos.

Si la información reportada por alguna de las administradoras no estuviere conforme a los requerimientos definidos para la misma, se generará el respectivo reporte de inconsistencias, el cual será enviado a la administradora directamente para que proceda a su corrección. Dicha corrección deberá enviarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del reporte de inconsistencias.

(Art. 8 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.9 ***Cruces de información.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los cruces de información, tanto del RUAF como de éste con otras bases de datos, con el propósito de facilitar el control de la elusión y la evasión, la correcta afiliación al Sistema y la focalización de programas sociales, por parte de las entidades competentes.

(Art. 9 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.10 *Consultas.* El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el alcance de las consultas al RUAF que podrán efectuar los organismos de control, las administradoras y el público en general, así como el procedimiento para llevarlas a cabo. Dicha determinación deberá respetar el derecho a la intimidad de las personas, impedir la competencia desleal entre administradoras y las prácticas restrictivas de la libre competencia.

Las administradoras podrán consultar el RUAF con el propósito de controlar que se efectúe un adecuado traslado de los afiliados en el Sistema y el cumplimiento, por parte de los mismos, de los requisitos para acceder a cada Subsistema.

Parágrafo. En ningún caso el RUAF sustituirá la responsabilidad de las administradoras de contar con sistemas de información propios para la validación de derechos por parte de los usuarios, la adecuada administración de la afiliación de los mismos, y demás obligaciones que les otorgue la ley.

(Art. 10 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.11 *Reserva de la información.* La información que por ley tenga el carácter de reservada y que reporten las entidades administradoras al órgano de administración del RUAF deberá conservar ese carácter. En consecuencia, la misma sólo podrá ser suministrada a las propias entidades que la originaron para subsanar las inconsistencias que en ella se encuentren, y a los órganos de control para el ejercicio de las competencias que la ley les otorga. Dicha información podrá igualmente ser utilizada para efectos estadísticos.

(Art. 11 del Decreto 1637 de 2006)

Artículo 3.1.12 *Protección de datos.* El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de garantizar la reserva y confidencialidad de la información, definirá los mecanismos de seguridad y de control de acceso al sistema de información que conforma el RUAF.

(Art. 12 del Decreto 1637 de 2006)

PARTE 2
AFILIACIÓN Y AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

TÍTULO 1
DISPOSICIONES GENERALES DE LA AFILIACIÓN Y AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Artículo 3.2.1.1 ***Definiciones.*** Para efectos de lo dispuesto en el presente Título, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Aportante: es la persona o entidad que tiene la obligación directa frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de los aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el Sistema y para uno o más afiliados al mismo. Cuando en este Título se utilice la expresión «aportantes», se

entenderá que se hace referencia a las personas naturales o jurídicas con trabajadores dependientes, a las entidades promotoras de salud, administradoras de pensiones o riesgos laborales obligadas a realizar aportes correspondientes al Sistema, a los rentistas de capital y demás personas que tengan capacidad de contribuir al financiamiento del SGSSS, y a los trabajadores independientes que se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral.

2. Afiliado: es la persona que tiene derecho a la cobertura de riesgos que brinda el Sistema. En el caso del Sistema de Seguridad Social en Salud, los afiliados distintos del cotizante recibirán la denominación de beneficiarios. Igual denominación tendrán las personas que, por mandato legal, están llamadas a recibir las prestaciones de carácter indemnizatorio que contempla el Sistema.

3. Riesgos. La expresión «riesgos» comprende los eventos que están definidos en los sistemas General de Pensiones, de Seguridad Social en Salud y General de Riesgos Laborales, regulados por la Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 1295 de 1994 y sus decretos reglamentarios.

4. Cotización base: corresponde al valor que, de conformidad con la información sobre novedades permanentes suministrada por el aportante, configura el monto total periódico de las cotizaciones a su cargo frente a cada una de las administradoras.

5. Novedades comprende todo hecho que afecte el monto de las cotizaciones a cargo de los aportantes o de las obligaciones económicas que estos tienen frente al sistema.

Las novedades pueden ser de carácter transitorio o permanente:

a) Novedades transitorias son las que afectan temporalmente el monto de las obligaciones económicas a cargo del aportante, tales como incapacidades, suspensiones del contrato de trabajo y variaciones no permanentes del Ingreso Base de Cotización, y

b) Novedades permanentes son las que afectan la cotización base a cargo del aportante en relación con una determinada entidad administradora, tales como ingresos al sistema, cambios de empleador o retiro, traslado de entidad administradora y cambios permanentes en el Ingreso Base de Cotización, trabajadores dependientes al servicio de más de un patrono, cambio de condición de independiente a dependiente, o viceversa.

(Arts. 1, 2 y 3, parciales, del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.2 ***Obligados a cumplir los deberes formales.*** Los aportantes deberán cumplir las obligaciones y deberes formales establecidos en la ley o el reglamento, personalmente o por medio de sus representantes.

(Art. 4 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.3 ***Ingreso Base de Cotización para los aportes en salud.*** En el Sistema de Seguridad Social en Salud, por tratarse de un riesgo que se cubre,

mediante el pago anticipado de los aportes, se tomará como base para el cálculo de éstos el valor de la nómina pagada o de los ingresos percibidos en el mes calendario anterior a aquel que se busca cubrir, según sea el caso.

(Art. 9 del Decreto 1406 de 1999 adicionado por el artículo 1 del Decreto 2236 de 1999)

Artículo 3.2.1.4 ***Plazo para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los empleados públicos del orden nacional, cuando se disponga un incremento retroactivo.*** Los incrementos salariales de los empleados públicos del orden nacional, a que se refiere el Artículo 1 de la Ley 4 de 1992, que se dispongan de manera retroactiva, deberán tenerse en cuenta para liquidar los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. Para tal efecto, las entidades empleadoras deberán realizar las respectivas reliquidaciones mensuales y girar la suma adeudada a los correspondientes administradores del Sistema de Seguridad Social Integral: salud, pensiones y riesgos laborales, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes, a la fecha del pago de la nómina en la que se dispone el reajuste salarial retroactivo.

De conformidad con la Ley 100 de 1993, la falta de pago de las sumas adicionales a que haya lugar por concepto de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, en el término establecido en el presente título, causará intereses de mora.

(Art. 1 del Decreto 448 de 2003)

Artículo 3.2.1.5 ***Aproximación de los valores contenidos en la planilla integrada de liquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.*** Los valores para el pago de aportes, según sea el caso, deberán aproximarse en la siguiente forma:

1. El monto del Ingreso Base de Cotización correspondiente a cada afiliado, al múltiplo de mil más cercano.

2. El valor de los aportes liquidados por cada afiliado y el valor de los intereses, al múltiplo de cien más cercano.

Para los efectos de lo dispuesto en el presente Artículo, la fracción igual o menor a quinientos (500) y cincuenta (50) se deducirá.

Las inconsistencias que se generen dentro de los procesos de compensación que contempla el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, y que tengan origen en las aproximaciones de valores a que alude el presente artículo, no darán lugar a glosas por parte de las entidades encargadas de efectuar tales compensaciones.

(Art. 10 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.6 ***Certificaciones de Contadores y Revisores Fiscales.*** Los aportantes obligados a llevar libros de contabilidad que, de conformidad con lo establecido por el Código de Comercio y demás normas vigentes sobre la materia, estén obligados a tener Revisor Fiscal, deberán exigir que dentro de los dictámenes que dichos revisores deben efectuar sobre los estados financieros de cierre e

intermedios, se haga constar claramente si la entidad o persona aportante ha efectuado en forma correcta y oportuna sus aportes al Sistema.

Igual obligación existirá para los demás aportantes obligados a llevar libros de contabilidad, cuando el patrimonio bruto en el último día del año anterior, o los ingresos brutos del mismo período sean superiores a trescientos cincuenta millones de pesos ($350.000.000). En este evento, la certificación a que alude el inciso anterior deberá hacerse por parte del respectivo contador.

La obligación que se establece mediante el presente artículo no será aplicable con respecto a la Nación, los departamentos, municipios, Distritos Especiales y el Distrito Capital de Bogotá.

Parágrafo. Los valores absolutos expresados en moneda nacional en el presente Artículo, se reajustarán anual y acumulativamente en el cien por ciento (100%) del incremento porcentual del índice de precios al consumidor para empleados que corresponde elaborar al Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, entre el período comprendido entre el 1 de octubre del año anterior a aquel en el cual se deban expedir las certificaciones a que el mismo alude, y la misma fecha del año inmediatamente anterior a éste. Al realizar el reajuste de que trata el presente parágrafo, se efectuarán las aproximaciones de que trata el artículo anterior.

(Art. 11 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.7 ***Efectos de la Certificación expedida por el Contador Público o Revisor Fiscal.*** Sin perjuicio de las facultades de verificación de que gozan las entidades administradoras y los órganos de control del Sistema para asegurar el cumplimiento de las obligaciones para con el mismo, y de las obligaciones que existen en cabeza de los aportantes de mantener a disposición de las administradoras y de los órganos de control la información y pruebas necesarios para corroborar la veracidad de los datos contenidos en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, así como el cumplimiento de las obligaciones que sobre contabilidad exigen las normas vigentes, la certificación del contador público o revisor fiscal en los estados financieros del aportante, hará constar los siguientes hechos:

1. Que la información contenida en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, y en particular la relativa a los afiliados, y la correspondiente a sus Ingresos Base de Cotización es correcta.

2. Que el aportante no se encuentra en mora por concepto de aportes al Sistema.

El contador público o revisor fiscal que encuentre hechos irregulares en la contabilidad de los cuales puedan derivarse inconsistencias o inexactitudes con relación a la información a que aluden los numerales 1 y 2 anteriores, o que determine la existencia de incumplimiento de las obligaciones para con el Sistema o la elusión, evasión o mora en el pago de los aportes que financian el mismo, podrá dejar las pertinentes salvedades en el dictamen a los respectivos estados financieros, precisando los hechos que no han sido certificados y la explicación completa de las razones por las cuales no lo fueron. Dichas salvedades estarán a

disposición de las respectivas entidades administradoras, al igual que de los órganos de control.

(Art. 12 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.8 ***Reserva de la Declaración.*** La información respecto de las bases y la ~~auto~~liquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral que figuren en las declaraciones respectivas, tendrá el carácter de información reservada; por consiguiente, los funcionarios de las entidades administradoras sólo podrán utilizarla para el control del cumplimiento de las obligaciones existentes para con el Sistema, para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales o indemnizatorias que éste contempla y para efectos de informaciones impersonales de estadística.

Los bancos y demás entidades que, en virtud de autorizaciones o convenios para recaudar aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, conozcan las informaciones y demás datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, deberán guardar la más absoluta reserva con relación a ellos y sólo los podrán utilizar para los fines del procesamiento de la información que demanden los reportes de recaudo y recepción exigidos por las administradoras.

A igual reserva en el manejo de la información estarán sometidos los funcionarios de los órganos de control, quienes podrán acceder a ella en los términos y para los fines que establezcan las normas que definen sus competencias. Similar situación existirá con relación a los funcionarios de la entidad que maneje el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral.

Lo anterior no obsta para que las declaraciones puedan ser examinadas por cualquier persona que se encuentre autorizada al efecto.

(Art. 14 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.9 ***Deberes especiales del empleador.*** Las consecuencias derivadas de la omisión de reporte a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes o de errores u omisiones en ésta, que afecten el cubrimiento y operatividad del Sistema de Seguridad Integral o la prestación de los servicios que él contempla con respecto a uno o más de los afiliados, serán responsabilidad exclusiva del aportante.

En todo caso el empleador que tenga el carácter de aportante, deberá tener a disposición del trabajador que así lo solicite la copia de la planilla integral de liquidación de aportes en al Sistema de Seguridad Social Integral en que conste el respectivo pago, o el comprobante de pago respectivo en caso que este último se haya efectuado en forma separada.

Igualmente, y de conformidad con las normas establecidas en el Código de Comercio sobre conservación de documentos, el aportante deberá conservar copia del archivo magnético contentivo de las planillas integrales de liquidación.

(Art. 39 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.10 ***Ingreso Base de Cotización durante las incapacidades o la licencia de maternidad.*** Durante los períodos de incapacidad por riesgo común o de licencia de maternidad, habrá lugar al pago de los aportes a los Sistemas de Salud y de Pensiones. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período por el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización el valor de la incapacidad o licencia de maternidad según sea el caso.

En el evento de incapacidad derivada de riesgo común o de licencia de maternidad, los aportes al Sistema de Pensiones serán de cargo de los empleadores y empleados, en la proporción que establece la Ley. Cuando los empleadores opten por pagar el valor de las incapacidades que en este evento se causen, podrán repetir dicho valor contra la respectiva EPS, al igual que descontar de aquéllas el valor de los aportes al Sistema de Pensiones a cargo de sus empleados.

Serán de cargo de la respectiva administradora de riesgos Laborales, ARL, el valor de los aportes para los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones que se causen durante los períodos de incapacidad originados por una enfermedad o accidente de carácter laboral, en la parte que de ordinario correspondería al aportante con trabajadores dependientes. En este evento, la ARL descontará del valor de la incapacidad el monto correspondiente a la cotización del trabajador dependiente.

Serán de cargo de los trabajadores independientes, la totalidad de las cotizaciones para el Sistema de Pensiones que se causen durante el periodo de duración de una incapacidad o una licencia de maternidad. En el Sistema de Salud, serán de cargo de dichos trabajadores la parte de los aportes que de ordinario corresponderían a los trabajadores dependientes, y el excedente será de cargo de la respectiva EPS.

En ningún caso el Ingreso Base de Cotización que se establece para los eventos que contempla el presente artículo podrá ser inferior a las bases mínimas de cotización que la Ley establece para los diferentes riesgos que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral.

Parágrafo 1. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente.

En el Sistema General de Riesgos Laborales las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral.

Lo anterior tanto en el sector público como en el privado.

Parágrafo 2. Durante los períodos de incapacidad o de licencia de maternidad, los afiliados que se encuentren en tales circunstancias deberán presentar estas novedades por medio de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a través de su empleador, o directamente si se trata de trabajadores independientes, por todo el tiempo que duren dichas licencia o incapacidad.

(Art. 40 del Decreto 1406 de 1999, parágrafo 1 modificado por el artículo 1 del Decreto 2943 de 2013)

Artículo 3.2.1.11 ***Efectividad de la afiliación.*** El ingreso de un aportante o de un afiliado, tendrá efectos para la entidad administradora que haga parte del Sistema desde el día siguiente a aquél en el cual se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta, debidamente diligenciado, el formulario de afiliación. Mientras no se entregue el formulario a la administradora, el empleador asumirá los riesgos correspondientes.

(Art. 41 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.12 ***Traslado entre entidades administradoras.*** El traslado entre entidades administradoras estará sujeto al cumplimiento de los requisitos sobre permanencia en los regímenes y entidades administradoras que establecen las normas que reglamentan el Sistema.

En todo caso, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud del traslado efectuada por el afiliado ante la nueva entidad administradora. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

En el Sistema de Seguridad Social en Pensiones, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la antigua administradora de la cual éste se trasladó, con excepción de los trabajadores independientes, que deberán aportar a la nueva administradora de pensiones.

Para los efectos del presente artículo, se entenderá por traslado efectivo el momento a partir del cual el afiliado queda cubierto por la nueva entidad en los términos definidos en el inciso anterior.

(Art. 42 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 3.2.1.13 ***Imputación de Pagos en los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales.*** La imputación de pagos por cotizaciones realizadas a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales se efectuarán tomando como base el total de lo recaudado para cada uno de dichos riesgos, y conforme a las siguientes prioridades de acuerdo al sistema:

1. *Imputación de pagos para el sistema de salud*

a) Cubrir las obligaciones con los fondos de solidaridad.

b) Aplicar al interés de mora por los aportes no pagados oportunamente y correspondientes al período declarado.

c) Cubrir las cotizaciones obligatorias del período declarado.

2. *Imputación de pagos para el sistema de pensiones*

a) Cubrir los aportes voluntarios realizados por los trabajadores.

b) Cubrir las obligaciones con el Fondo de Solidaridad Pensional.

c) Cubrir la obligación con el Fondo de Garantía de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro Individual.

d) Aplicar al interés por mora por los aportes no pagados oportunamente correspondiente al período declarado.

e) Cubrir las cotizaciones obligatorias del período declarado. Se entienden incluidos los aportes para la pensión de invalidez y sobrevivientes, al igual que los gastos de administración y reaseguro con el Fondo de Garantías.

f) Acreditar lo correspondiente a aportes voluntarios efectuados por el empleador en favor de sus empleados.

3. *Imputación de pagos para el sistema de riesgos laborales*

a) Cubrir las obligaciones con el Fondo de Riesgos Laborales.

b) Aplicar a intereses de mora por los aportes no pagados oportunamente.

c) Cubrir las cotizaciones atrasadas.

d) Cubrir las cotizaciones del período declarado.

Parágrafo 1. Si al hacer aplicación de las sumas recibidas, conforme a las prioridades fijadas, los recursos se agotan sin haberlas cubierto completamente, habrá lugar a la devolución del remanente. En el caso de cotizaciones para el Sistema de Seguridad Social en Pensiones, habrá lugar a la aplicación proporcional del remanente para todos los afiliados y conforme a las prioridades enunciadas.

Parágrafo 2. Cuando con base en un mismo formulario se estén efectuando pagos correspondientes a distintos riesgos o a distintas administradoras, el pago correspondiente a cada uno de ellos será el que aparezca registrado en dicho formulario, y su imputación se hará conforme a lo establecido en el presente artículo.

Parágrafo. 3. Para efectuar la imputación de pagos conforme a las prioridades previstas en el presente artículo, se tomará como base el período determinado por el aportante en la respectiva declaración o comprobante de pago. Si después de

cubiertos todos los conceptos aquí contemplados existiere un remanente, el mismo se aplicará al período de cotización en mora más antiguo, siguiendo el mismo orden de prioridades establecido.

Parágrafo. 4. Lo dispuesto en el presente artículo no será aplicable para los afiliados voluntarios del sistema general de pensiones, ni para los trabajadores independientes.

(Arts. 53 y 54 del Decreto 1406 de 1999 y artículo 9 del Decreto 510 de 2003)

Artículo 3.2.1.14 ***Autoliquidación y pago de aportes del sistema de protección social.*** Los aportantes obligados al pago de los aportes a los que se refieren las Leyes 21 de 1982, 89 de 1988, y la Ley 119 de 1994, deberán presentar, con la periodicidad, en los lugares y dentro de los plazos que corresponda, conforme a lo señalado en los artículos 2.2.1.1.1.2, 2.2.1.1.1.3, 2.2.1.1.1.4, 2.2.1.1.1.5, 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del presente decreto, las declaraciones de autoliquidación y pago al Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, a las Cajas de Compensación Familiar y, en lo pertinente, a Escuela Superior de Administración Pública, ESAP, para las escuelas industriales e institutos técnicos nacionales, departamentales, distritales y municipales.

(Art. 1 del Decreto 1464 de 2005)

TÍTULO 2
PLAZOS PARA EL PAGO

Artículo 3.2.2.1 ***Plazos para la autoliquidación y el pago de los aportes a los subsistemas de la Protección Social para aportantes de 200 o más cotizantes.*** Quienes deben realizar aportes a los subsistemas de Salud, Pensiones y Riesgos laborales del Sistema de Seguridad Social Integral, así como los destinados al Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF y a las Cajas de Compensación Familiar y a la Escuela Superior de Administración Pública, ESAP y para las Escuelas Industriales e Institutos Técnicos Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales, cuyas nóminas de trabajadores activos o pensionados contengan 200 o más cotizantes, efectuarán sus aportes en las fechas que se indican a continuación:

Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación	Día hábil de vencimiento
00 al 10	1°
11 a1 23	2°
24 a1 36	3°
37 a1 49	4°
50 al 62	5°
63 al 75	6°
76 a1 88	7°
89 al 99	8°

(Art. 20 del Decreto 1406 de 1999 modificado por el artículo 1 del Decreto 1670 de 2007)

Artículo 3.2.2.2 ***Plazos para la autoliquidación y el pago de los aportes a los Subsistemas de la Protección Social para aportantes de menos de 200 cotizantes.*** Quienes deben realizar aportes a los subsistemas de Salud, Pensiones y Riesgos laborales del Sistema de Seguridad Social Integral, así como los destinados al Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF y a las Cajas de Compensación Familiar y a la Escuela Superior de Administración Pública, ESAP y para las Escuelas Industriales e Institutos Técnicos Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales, cuyas nóminas de trabajadores activos o pensionados contengan menos de 200 cotizantes, efectuarán sus aportes en las fechas que se indican a continuación:

Dos últimos dígitos del NIT o Documento de identificación	Día hábil de vencimiento
00 al 08	1°
09 al 16	2°
17 al 24	3°
25 al 32	4°
33 al 40	5°
41 al 48	6°
49 al 56	7°
57 al 64	8°
65 al 72	9°
73 a179	10
80 al 86	11
87 al 93	12
94 al 99	13

(Art. 21 del Decreto 1406 de 1999 modificado por el artículo 2 del Decreto 1670 de 2007)

Artículo 3.2.2.3 ***Plazos para la autoliquidación y el pago de los aportes a los subsistemas de la Protección Social para trabajadores independientes.*** Los trabajadores independientes efectuarán sus aportes en las fechas que se indican a continuación:

Dos últimos dígitos del documento de identificación	Día hábil de vencimiento
00 al 07	1 °
08 al 14	2°
15 al 21	3°
22 a1 28	4°
29 al 35	5°
36 al 42	6°
43 al 49	7°
50 al 56	8°
57 al 63	9°
64 al 69	10
70 al 75	11

Dos últimos dígitos del documento de identificación	**Día hábil de vencimiento**
76 al 81	12
82 al 87	13
88 al 93	14
94 al 99	15

(Art. 24 del Decreto 1406 de 1999 modificado por el artículo 4 del Decreto 1670 de 2007)

TÍTULO 3
PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES

Artículo 3.2.3.1 ***Contenido del formulario único o integrado.*** El Ministerio de Salud y Protección Social señalará el diseño y contenido del formulario único o integrado, bajo su coordinación se establecerá un Comité, integrado por las Superintendencias Financiera de Colombia, Nacional de Salud y del Subsidio Familiar, así como por las entidades acreedoras y recaudadoras de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y de los aportes parafiscales, el cual realizará recomendaciones sobre el diseño y contenido del formulario.

(Art. 2 del Decreto 3667 de 2004)

Artículo 3.2.3.2 ***Presentación.*** El formulario único o integrado podrá ser presentado en forma física o por medios electrónicos. En este último caso, debe ajustarse a lo dispuesto por la Ley 527 de 1999 y a las normas que la modifiquen, sustituyan o reglamenten, así como a los requisitos tecnológicos y de seguridad que pueda señalar el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 3667 de 2004)

Artículo 3.2.3.3 ***Pago de aportes a través entidades autorizadas para efectuar recaudos en sistemas de pago de bajo valor.*** El pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales podrá realizarse a través de los sistemas de pago de bajo valor que funcionen de acuerdo con las normas que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, pero en cualquier caso mediante formulario único o integrado.

(Art. 4 del Decreto 3667 de 2004)

Artículo 3.2.3.4 ***Obligatoriedad.*** En desarrollo de lo señalado en los artículos 3.2.3.1, 3.2.3.2 y 3.2.3.3 del presente decreto, las Administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y el SENA, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar, deberán permitir a los aportantes el pago de sus aportes mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, por medio electrónico, la cual será adoptada mediante resolución expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 1 del Decreto 1465 de 2005)

Artículo 3.2.3.5 ***Definiciones.*** Para los efectos de este Título se entiende por:

1. *Sistema:* el Sistema de la Protección Social, que incluye la operación de los subsistemas de pensiones, salud y riesgos laborales de Sistema de Seguridad Social Integral y al Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF y a las Cajas de Compensación Familiar.

2. *Subsistemas:* cada uno de los componentes del "Sistema", señalados en el inciso anterior.

3. *Administradora (s):* las Entidades Administradoras de Pensiones del Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, las Entidades Administradoras de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Entidades Promotoras de Salud, EPS del régimen subsidiado cuando haya lugar y demás entidades autorizadas para administrar el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos laborales, ARL, así como el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF y a las Cajas de Compensación Familiar y, en lo pertinente, a Escuela Superior de Administración Pública, ESAP y para las Escuelas Industriales e Institutos Técnicos Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales

4. *Operador de Información:* el conjunto de funciones que se enumeran a continuación, las cuales serán asumidas por las entidades que se señalan en el artículo 3.2.3.7 del presente decreto:

   4.1. Suministrar al Aportante el acceso a la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, por vía electrónica.
   4.2. Permitir al Aportante el ingreso de los conceptos detallados de pagos, así como su modificación o ajuste previo a su envío o su corrección posterior. El ingreso de la información detallada de los pagos se podrá realizar mediante la digitación de la información directamente en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social o de la actualización de los datos del período anterior, si lo hubiere; o la captura de los datos de un archivo generado por el Aportante u otros.
   4.3. Aplicar las reglas de validación y generar los informes con las inconsistencias encontradas, para su ajuste o modificación previa a su envío, el cual se hará dentro de los términos establecidos en la ley, así como contar con una validación respecto de los elementos propios del pago y solicitar autorización para efectuar la transacción financiera.
   4.4. Generar los archivos de salida, los reportes e informes que se requieran para los actores del Sistema o para las autoridades.
   4.5. Almacenar durante un período de tiempo no inferior a tres (3) meses, el registro de identificación de Aportantes y la información histórica de la Planilla.
   4.6. Mantener la conexión con la(s) Institución(es) Financiera(s) y/o los Sistemas de Pago, que permitan al Aportante efectuar el débito a su

cuenta y a las Administradoras recibir los créditos correspondientes.

4.7. Suministrar a quien corresponda, oportunamente, la información necesaria para efectuar la distribución de los pagos.

4.8. Realizar los procesos de conciliación y contingencias del proceso de intercambio de información.

4.9. Cumplir con el estándar de seguridad ISO 17799, de manera que sus políticas y prácticas de seguridad se enmarquen dentro de dicha norma que garantiza la seguridad necesaria en el proceso de remisión y recepción de la información.

4.10. Si ello se requiere, interactuar directamente con sistemas de pago electrónico, para efectuar la liquidación de los débitos a las cuentas de los Aportantes y de los créditos netos a las cuentas de los Administradores. Para los efectos de lo señalado en este numeral, los operadores de información serán responsables de las funciones señaladas en el numeral siguiente.

5. *Instituciones Financieras*: la persona o personas que estando autorizadas para ello por la ley, ejecutan las siguientes funciones:

5.1. Servir de intermediario entre el Aportante y las Administradoras, para la realización de las transacciones de débito y de crédito en las cuentas respectivas. Para este efecto, no se podrán modificar los valores de los aportes contenidos en la Planilla Única de Autoliquidación, por tanto las operaciones de débito y de crédito sólo se realizarán por los montos establecidos en dicha Planilla.
Para efectos del costo de la transacción financiera, se entiende como una sola transacción la operación de débito de una cuenta de un titular y su abono a una o varias cuentas de otro u otros titulares.

5.2. Comunicar la información de las transacciones financieras a los Aportantes y a las Administradoras y a las autoridades pertinentes.

5.3. Aplicar las reglas de seguridad y validación definidas para el sector financiero.

5.4. Realizar los procesos de conciliación y contingencias relacionados con el proceso de las transacciones financieras.

(Art. 2 del Decreto 1465 de 2005)

Artículo 3.2.3.6 ***Condiciones de operación.*** El mecanismo utilizado para la autoliquidación de los aportes al Sistema de la Protección Social será la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Los pagos asociados a la Planilla se deberán hacer de manera unificada mediante las modalidades que se d escriben en el presente capitulo. El mecanismo de autoliquidación y pago unificado deberá reunir las siguientes condiciones:

1. La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes será una planilla electrónica. Los aportantes podrán ingresar y confirmar el contenido de la misma mediante los procedimientos descritos en el numeral 4.2 del artículo anterior. También podrán hacerlo a través de la liquidación asistida, en cuyo caso el aportante remitirá la información detallada de los cotizantes, por cualquier medio, al Operador de Información, quien procederá a digitarla o digitalizarla de manera que se transforme en planilla electrónica.

2. Los pagos asociados a la Planilla deberán hacerse de manera unificada a través de alguna de las siguientes modalidades:

   2.1. Pago electrónico.

   2.2. *Pago Asistido:* Si el aportante utiliza la liquidación asistida señalada en el numeral 1 anterior, el Operador de Información generará para el aportante un código o número de referencia que vincula el valor por pagar con la liquidación asistida. El Aportante deberá utilizar dicho código o número de referencia para realizar el pago, ya sea mediante consignación bancaria, orden telefónica, tarjeta débito o crédito, cajero electrónico o datáfono, entre otros.

   Si el aportante utiliza la liquidación asistida, el Operador de Información le advertirá sobre los intereses de mora que se generarán si no efectúa el pago en la fecha límite prevista para ello. Para asegurar el pago adecuado, liquidará el valor del pago con intereses de mora para los siguientes cinco (5) días hábiles e informará a las entidades financieras y/o sistemas de pago en los cuales se recibirán los pagos sobre el valor que se podrá recibir en cada uno de los cinco (5) días siguientes a la fecha límite. Vencido dicho plazo el código que autoriza la utilización de la Planilla Asistida caducará y, para efectuar el pago, el Aportante deberá solicitar una nueva liquidación y su respectivo código.

   Para habilitar la modalidad de pago asistido, los Operadores de Información deberán hacer los acuerdos a que haya lugar y mantener la conexión con las instituciones financieras y/o sistemas de pago elegidos. Una vez se efectúe el pago, vincularán la información de la Planilla con la del pago y la enviarán a sus destinatarios de conformidad con el esquema previsto en el presente Título.

3. Las entidades involucradas en la operación de este mecanismo deberán abstenerse de incurrir en prácticas comerciales restrictivas del libre mercado y deberán desarrollar su actividad con sujeción a las reglas y prácticas de la buena fe comercial. Por tanto, se entienden prohibidos los actos, acuerdos o convenios o la adopción de decisiones de asociaciones empresariales y prácticas concertadas que directa o indirectamente tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia o cualquier acto que constituya un abuso de posición dominante, así como celebrar pactos que tengan como propósito o cuya consecuencia sea excluir a la competencia del acceso al esquema o mecanismo aquí regulado o a los canales que deben utilizarse para su operación. Se entienden dentro de las prácticas prohibidas la utilización de contratos o modificaciones a los mismos en los cuales las instituciones financieras condicionen la utilización de sus cuentas a la aceptación o al registro en un determinado sistema de pago o tecnología predefinida para la dispersión de la información o de los recursos derivados de dicha información.

4. *Relación de las Administradoras con los Operadores de Información.* En desarrollo de la obligación establecida en el artículo 3.2.3.4 del presente

decreto, cada Administradora deberá suscribir convenio con al menos un Operador de Información. Como desarrollo de dicho convenio, en primera instancia debe adelantarse un proceso inicial de registro.

En los convenios los operadores de información incluirán expresamente, de manera independiente a otros cargos, la tarifa por los registros de información enviados a la Administradora o el modo de precisarla, modo que debe responder a criterios objetivos de costeo del proceso. Por lo tanto, el modo de precisar el valor de cada registro debe ser idéntico para todos los actores involucrados en el esquema, sin que proceda establecer condiciones diferenciales. Solo se podrán establecer cobros diferenciales cuando respondan a la prestación de otros servicios de procesamiento de información adicionales a los mínimos previstos en este capítulo y las resoluciones que lo desarrollen, que el Operador de Información y la Administradora decidan convenir de manera voluntaria y expresa.

En los convenios también se deberá incluir de manera expresa el sistema o mecanismo tecnológico elegido para garantizar el flujo oportuno de la información contenida en la Planilla. Además, en estos convenios se señalarán los aspectos inherentes a la seguridad física e informática, los servicios adicionales que se prestarán y los planes de contingencia que se utilizarán; el término para la transferencia de la información y las responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores en el proceso, que deberán constar de manera expresa y las sanciones por el incumplimiento de lo allí establecido, sin que ello pueda modificar las responsabilidades y obligaciones propias de las Administradoras respecto del recaudo de las cotizaciones y del recibo y conciliación de la información, así como las demás obligaciones establecidas en la ley para las entidades involucradas, en atención a su objeto o las propias de los empleadores o aportantes.

Copia de los convenios aquí mencionados deberá remitirse a la Superintendencia o entidad que ejerza vigilancia sobre cada una de las Administradoras al momento de su suscripción inicial y cada vez que sean modificados.

Para garantizar la idoneidad del servicio al que se refiere el presente numeral, los Operadores de Información deberán certificar el cumplimiento de la norma ISO 27001.

Las Administradoras deberán verificar periódicamente, en forma individual o conjunta, que el o los operadores contratados por cada una ejecuten sus funciones en las condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y confidencialidad previstas en el presente Título y que cumplan con los parámetros que en ese sentido definan en los convenios que suscriban con los operadores.

También en dichos convenios las Administradoras señalarán el o los sistemas de pago que han elegido para la transferencia del dinero a sus cuentas recaudadoras.

5. *Distribución de la información.* El esquema debe permitir la distribución de la

información a la totalidad de las Administradoras receptoras de la misma. En el evento de que un Operador de Información genere un archivo de salida con destino a una Administradora con la cual no haya firmado convenio, deberá enviárselo por intermedio de otro Operador de Información que sí tenga relación con dicha Administradora. Para el efecto, todos los Operadores de Información deberán interconectarse entre sí y distribuir los registros contenidos en la Planilla y de la información asociada a los pagos.

La interconexión deberá garantizar que la información contenida en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, así como la información de los pagos asociados a la misma, lleguen a sus destinatarios en las condiciones de oportunidad, seguridad, calidad y confidencialidad que el Sistema requiere. Para el efecto, todos los Operadores de Información deberán conocer en todo momento con qué otro Operador u Operadores tiene convenio cada Administradora y deberá saber en qué cuentas de recaudo consignar los recursos de las Administradoras, de acuerdo con lo que definan estas últimas. La interconexión deberá operar en un contexto de absoluta transparencia, por lo cual no podrán establecerse exigencias, condiciones o tarifas diferenciales que desestimulen su utilización por parte de Operador alguno.

Para efectos de lo previsto en el presente Artículo, los Operadores de Información deberán sujetarse a las condiciones de intercambio de información del mecanismo que implemente y defina el Banco de la República para la distribución de la información.

Hasta tanto el Banco de la República habilite el mecanismo mencionado en el inciso anterior, los Operadores de Información podrán, de común acuerdo, establecer el mecanismo que consideren adecuado, siempre y cuando cumpla con las condiciones de calidad, seguridad y confidencialidad que la operación requiere.

6. Para garantizar la oportunidad y calidad de los pagos efectuados mediante este mecanismo las Administradoras deberán emitir a favor de los aportantes una certificación de su pago, digitalmente certificada, de conformidad con el texto y las condiciones que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

   Los aportantes que utilicen la liquidación y el pago asistidos, tendrán como confirmación de su pago bien sea el comprobante de consignación, el recibo del cajero automático o del datáfono que contenga la información de la transacción o el código o número de referencia.

7. *Relación de las Administradoras con las instituciones financieras.* El esquema de pago integrado asociado a la Planilla deberá garantizar el flujo de la información financiera y permitir la distribución de los recursos hacia la totalidad de las Administradoras.

   Para que la Administradora pueda realizar la conciliación de las transacciones financieras asociadas a sus recaudos con los archivos de salida que contienen el detalle de la información asociada a dichos pagos, la institución financiera receptora de los mismos debe anexar a la transferencia de recursos los datos

mínimos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y podrá incluir otras adicionales, si así lo hubiere convenido con la Administradora.

Para estos efectos, en los convenios o acuerdos que se suscriban entre las instituciones financieras y las Administradoras a los que se refiere el presente capítulo, en adición a los aspectos allí establecidos y los señalados en los incisos anteriores, debe señalarse la tarifa cobrada por las transacciones financieras o el modo de precisarla.

En el caso de las instituciones financieras que actúen como Operadores de Información, deberán suscribir dos convenios independientes, uno respecto del tráfico de información, en su calidad de Operador de Información y otro en su condición de Operador Financiero. Por ello, en cada uno de los convenios se preverán las tarifas correspondientes de manera independiente, respondiendo cada uno a criterios objetivos propios de cada operación. Las tarifas cobradas por las transferencias de dinero deben ser idénticas para todos los actores involucrados en el esquema, sin que quepa establecer tarifas diferenciales en atención a variables diferentes al número de transacciones.

El o los sistemas de pago a través de los cuales se realizarán las transacciones de dinero, serán aquellos que hubiere señalado expresamente cada Administradora para la realización de las operaciones crédito a sus cuentas recaudadoras, conforme a la definición de sistema de pago contenida en el artículo 2.17.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, lo cual deberá constar de manera expresa en los convenios ya mencionados entre instituciones financieras y Administradoras. Las instituciones financieras no podrán modificar la decisión que sobre el particular hubieren tomado las Administradoras.

En el evento que quien efectúe el giro de los recursos sea el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, este definirá el procedimiento y sistema de pago que utilizará.

La transacción de débito y las transacciones crédito o el pago realizado respecto de la Planilla Asistida y el envío a la Administradora de la información asociada, deberán realizarse en un mismo día.

Las responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores en el proceso deberán constar de manera expresa en los convenios que se suscriban para el efecto, sin que en ello se puedan prever condiciones que atenten contra los intereses de los afiliados o aportantes.

Copia de los convenios aquí mencionados deberá remitirse a la Superintendencia Financiera de Colombia o la entidad que ejerza vigilancia sobre cada una de las Administradoras al momento de su suscripción inicial y cada vez que sean modificados.

8. Podrán actuar como Operadores de Información para este esquema las personas señaladas en el artículo 3.2.3.7 del presente Título, por sí o a través de terceros que seleccionen para el efecto; en este último caso, el Operador de Información deberá constatar y dejar constancia expresa en el convenio que suscriba con dicho tercero, de que este actúa en su nombre y representación,

para este efecto y que cumple a cabalidad con las condiciones, requisitos, procedimientos y capacidad de interconexión y transferencia de información o de recursos segura y oportuna que la operación requiere, de conformidad con las normas que regulan el pago integrado, para lo cual deberá certificar el cumplimiento de la norma ISO 27001.

En los términos del inciso anterior, el Operador de Información será responsable frente a los afiliados, los aportantes, las Administradoras y los otros actores del Sistema de la Protección Social por los errores, retardos u omisiones en que incurra dicho tercero, de acuerdo con el convenio suscrito para el efecto.

Parágrafo 1. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público efectuará el giro de los recursos respecto de las Entidades Estatales y determinará el sistema de pago utilizado para sus giros. Hasta que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público determine la fecha y condiciones en las cuales entrará en operación este servicio, las Entidades Estatales utilizarán el esquema a través de los operadores de información y girarán mediante los débitos correspondientes.

Parágrafo 2. Para efectos de ejercer la debida vigilancia sobre los convenios o contratos a los que se refiere el presente artículo, las Superintendencias o entidades que ejerzan vigilancia sobre cada una de las Administradoras incluirán en sus Planes Únicos de Cuentas, dos rubros, el primero destinado a registrar los pagos derivados del servicio de procesamiento de información con destino a los Operadores de Información y el segundo destinado a los pagos por los servicios de recaudo de los aportes, destinados a las instituciones financieras.

Parágrafo 3. El costo de la utilización de las modalidades de pago descritas en el presente capítulo no podrá alterar el valor del aporte por pagar al Sistema de la Protección Social. El Operador de Información deberá realizar los convenios necesarios a fin de asegurar que los costos de los medios de pago se cobren de manera independiente.

Parágrafo 4. Los operadores de información que habiliten la modalidad de liquidación y pago asistido deberán informarlo a las Administradoras con al menos un mes de antelación al inicio de la operación, a efectos de realizar las pruebas necesarias para verificar su correcto funcionamiento.

Parágrafo 5. Las Administradoras tendrán la obligación de informar y mantener actualizada la información correspondiente a las cuentas recaudadoras.

(Art. 3 del Decreto 1465 de 2005 modificado por el artículo 2 del Decreto 1931 de 2006)

Artículo 3.2.3.7 ***Del operador de información.*** Podrán actuar como operadores de información en este esquema, las Administradoras del Sistema en forma conjunta, por sí o a través de sus agremiaciones o a través de las entidades de economía mixta de que trata el literal b) del Artículo 15 de la Ley 797 de 2003. En el caso de las agremiaciones, estas deberán contar con facultades expresas para representar a sus afiliados para este efecto. También las Administradoras podrán contratarlas con terceros, de conformidad con lo establecido en el numeral 8 del artículo anterior. En ambos casos se deberá garantizar que la operación

cumpla con todas las especificaciones establecidas en el presente Título, lo cual constará en los Acuerdos o Convenios que se suscriban con dichos terceros.

También podrán prestar dichas funciones las instituciones financieras directamente o contratarlas con terceros, de conformidad con lo señalado en el numeral 8 del artículo anterior. En los Convenios que suscriban las instituciones financieras en su condición de Operadores de Información, con las Administradoras, deberán señalar en forma expresa si tales funciones se cumplirán directamente o a través de un tercero, último evento en el cual se señalará expresamente que la institución financiera asume totalmente la responsabilidad por la actuación de dicho tercero.

En caso de que el Operador de Información actúe a través de este tercero, responderá en los términos del presente capítulo ante los aportantes, los afiliados, las Administradoras y demás personas involucradas en el Sistema de la Protección Social. Si el tercero por él seleccionado incumple con las obligaciones, condiciones, requisitos y capacidad de interconexión y transferencia de información o de recursos que la operación requiere, en adición a las sanciones que se impondrán a las Administradoras, si incumplen con sus obligaciones respecto del recaudo de los aportes y de la información correspondiente.

El tercero contratado al que se refiere el presente Artículo no podrá subcontratar o delegar las funciones esenciales de la operación del esquema, como son la recepción segura de la información por parte del aportante, la calidad, verificación, análisis y procesamiento de la información y la remisión segura y oportuna de la información a quien corresponda de acuerdo con lo establecido en el presente Título.

(Art. 4 del Decreto 1465 de 2005 modificado por el artículo 3 del Decreto 1931 de 2006)

Artículo 3.2.3.8 ***Sanciones.*** El incumplimiento de las obligaciones, características y requerimientos de operación, seguridad, transparencia, igualdad de acceso y conectividad señaladas en el presente Título, dará lugar a que la entidad de vigilancia y control correspondiente aplique las sanciones establecidas en la ley para los aportantes y para cada uno de los actores involucrados en la operación del esquema a los que se refiere el artículo 3.2.3.4 del presente Título señaladas, entre otras normas, en los Artículos 230 de la Ley 100 de 1993, 209 a 211 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y a las previstas en los numerales 16, 17 y 18 del Artículo 24 de la Ley 789 de 2002.

En adición a las anteriores sanciones, por el incumplimiento de lo previsto en este Título, serán aplicables aquellas previstas en la legislación vigente respecto de los empleadores, impuestas por el Ministerio del Trabajo.

(Art. 5 del Decreto 1465 de 2005 adicionado por el artículo 4 del Decreto 1931 de 2006)

TÍTULO 4
DECLARACIÓN ANUAL DE INGRESO BASE DE COTIZACIÓN DE INDEPENDIENTES

Artículo 3.2.4.1. ***Declaración Anual de Ingreso Base de Cotización.*** Todos los trabajadores independientes deberán presentar una declaración anual a más tardar en el mes de febrero de cada año, en la cual informen a las entidades administradoras del Sistema de la Protección Social a las que se encuentren afiliados, en la misma fecha prevista para el pago de sus aportes, el Ingreso Base de Cotización IBC, que se tendrá en cuenta para liquidar sus aportes a partir del mes de febrero de cada año y hasta enero del año siguiente.

Cuando el trabajador independiente no presente su declaración de Ingreso Base de Cotización anual en la fecha prevista, se presumirá que el Ingreso Base de Cotización es igual a aquel definido para el período anual anterior y sobre el mismo se realizará la autoliquidación y pago del mes de enero de cada año.

La declaración de IBC anual podrá realizarse de manera manual en los formularios previstos para el efecto o de manera electrónica, mediante la utilización de la novedad *"variación permanente de salario"*, en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

En todo caso el Ingreso Base de Cotización no podría ser inferior a un salario mínimo legal mensual.

(Art. 1 del Decreto 3085 de 2007)

Artículo 3.2.4.2. ***Modificaciones en el Ingreso Base de Cotización.*** El trabajador independiente deberá modificar la declaración Anual de IBC siempre que se produzcan cambios en sus ingresos, para ello deberá modificar su declaración del Ingreso Base de Cotización, manualmente, en los formularios diseñados para el efecto, o de manera electrónica utilizando una de las siguientes novedades: "*variación permanente de salario*", cuando el trabajador independiente conozca con certeza el valor del ingreso mensual que percibirá durante un período de tiempo, o "*variación temporal de salario*", cuando se desconozca el monto real del citado ingreso.

La variación temporal antes mencionada, sólo será efectiva por un período máximo de tres (3) meses, período dentro del cual no se podrá realizar otra novedad de variación temporal.

Las variaciones del IBC anual causarán efectos exclusivamente hacia el futuro y cuando se realicen en formularios físicos, sólo serán efectivas una vez sean reportadas a todos los subsistemas de la Protección Social, respecto de los que se hubieren realizado aportes en el período anterior.

Las variaciones en el Ingreso Base de Cotización que excedan de cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, no serán tomadas en consideración, en la parte que exceda de dicho

porcentaje, para efectos de la liquidación de prestaciones económicas.

Parágrafo. Las variaciones del IBC, cuando se refieran a períodos ya pagados deberán realizarse mediante los procedimientos establecidos en las normas vigentes para las correcciones de autoliquidación. Dichas correcciones sólo producirán efectos siempre que se soliciten a todas las administradoras de cada subsistema respecto de los cuales se hubieren realizado los aportes correspondientes a los períodos que se pretende corregir.

(Art. 2 del Decreto 3085 de 2007)

Artículo 3.2.4.3. ***Otras Condiciones para los trabajadores independientes con ingresos de un (1) salario mínimo legal mensual.*** Los trabajadores independientes, que no estén vinculados a contratante alguno mediante contratos de trabajo, como servidores públicos o mediante contratos de prestación de servicios u otros de similar naturaleza, que carezcan del ingreso exigido para afiliarse a los Regímenes Contributivos del Sistema de Seguridad Social Integral y, a pesar de ello, se afilien al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los efectos del presente Título, deberán presentar su declaración anual de IBC ante la Entidad Promotora de Salud, EPS, en la que se encuentran afiliados, precisando por lo menos los siguientes aspectos: nombre y apellidos completos, sexo, fecha de nacimiento, identificación, tipo de cotizante, actividad económica de la cual deriva sus ingresos, datos de su residencia, nivel educativo. Esta declaración deberá estar suscrita por el trabajador independiente.

La declaración se deberá acompañar de los siguientes documentos:

a) Declaración bajo la gravedad del juramento en la cual se manifieste el valor de los ingresos mensuales.

b) Relación de los miembros del grupo familiar, plenamente identificados.

c) Documento de identificación del trabajador independiente y de cada miembro del grupo familiar (por ejemplo: cédulas de ciudadanía o de extranjería, tarjetas de identidad o registro civil de nacimiento, etc).

d) Carné o certificación del municipio que corresponda respecto a su inclusión en el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, Sisbén, para quienes cuenten con dicho carné o certificación.

(Art. 3 del Decreto 3085 de 2007)

Artículo 3.2.4.4. ***Registro de trabajadores independientes con ingresos de (1) salario mínimo legal mensual.*** Para efectos de cumplir con la obligación prevista en el literal f) del parágrafo 1 del artículo 15 de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un registro en el cual consten los trabajadores independientes a los que se refiere el artículo anterior, conformado con base en la declaración de IBC ya mencionada y los anexos que, para el efecto, deberán remitir las EPS, conforme a las especificaciones definidas en anexo técnico que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con el mismo fin, las entidades competentes adelantarán los cruces necesarios respecto de dichos trabajadores independientes con las bases de datos que obren en poder de otras autoridades, organismos o entidades, para determinar si existen diferencias en cuanto al IBC reportado y el real, así mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 de la Ley 828 de 2003, darán traslado ante las autoridades competentes para conocer de las conductas punibles cuya ocurrencia se pueda inferir como consecuencia de los cruces de información antes señalados.

(Art. 4 del Decreto 3085 de 2007)

Artículo 3.2.4.5. ***Requerimiento de Información.*** De conformidad con el Artículo 8 de la Ley 828 de 2003, las Administradoras de los subsistemas de la Protección Social podrán en cualquier tiempo solicitar la documentación que requieran para verificar la veracidad del IBC y su correspondencia con los aportes efectuados o la acreditación de la calidad de beneficiarios, con el fin de constatar que la información suministrada por el trabajador independiente coincide con la realidad, para lo cual deberá solicitar las pruebas pertinentes o las aclaraciones necesarias que justifiquen variaciones en el IBC declarado.

(Art. 5 del Decreto 3085 de 2007)

Artículo 3.2.4.6. ***Efectos de la variación injustificada del IBC.*** Las diferencias de IBC entre el declarado y aquel sobre el cual se efectuaron los aportes, cuando estas excedan del veinte por ciento (20%), entre un período y el promedio del año anterior, darán lugar, al cobro de los intereses correspondientes y a la imposición de las sanciones a que hubiere lugar, sin que ello pueda generar respecto de los Subsistemas de Salud y de Riesgos Laborales la suspensión de los servicios asistenciales, salvo que el afiliado no allegue los soportes que justifiquen la diferencia de IBC requeridos por la Administradora, dentro de los dos (2) meses siguientes a su requerimiento, conforme se señala en el artículo anterior.

En todo caso, las diferencias no serán consideradas para la liquidación de las prestaciones económicas, en ausencia de la justificación correspondiente.

(Art. 6 del Decreto 3085 de 2007)

Artículo 3.2.4.7. ***Causación de intereses de mora.*** Los intereses de mora, se generarán a partir de la fecha de vencimiento del plazo para efectuar el pago de los aportes, salvo que el trabajador independiente realice este pago a través de entidades autorizadas por la ley para realizar el pago en su nombre, caso en el cual los intereses de mora se causarán teniendo en cuenta la fecha de vencimiento de los pagos de la entidad que realiza los aportes por cuenta del trabajador independiente.

(Art. 7 del Decreto 3085 de 2007)

TÍTULO 5
COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN CASOS ESPECIALES

Artículo 3.2.5.1 ***Cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados.*** Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.

En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.

Parágrafo. En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al período total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.

(Art. 70 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 3.2.5.2 ***Cotizaciones durante el período de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo.*** En los períodos de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo 51 del Código Sustantivo del Trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero sí de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

(Art. 71 del Decreto 806 de 1998)

TÍTULO 6
AFILIACIÓN COLECTIVA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Artículo 3.2.6.1. ***Objeto.*** El presente Título tiene por objeto definir los requisitos y procedimientos para la afiliación de los trabajadores independientes en forma colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral, a través de las asociaciones y agremiaciones.

(Art. 1 del Decreto 3615 de 2005)

Artículo 3.2.6.2. ***Definiciones.*** Para efecto de la afiliación colectiva de trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral de que trata el presente Título, se entiende por:

1. *Agremiación:* Persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, que agrupa personas naturales con la misma profesión u oficio o que desarrollan una misma actividad económica, siempre que estas tengan la calidad de trabajadores independientes, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Título.

2. *Asociación:* Persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, que agrupa de manera voluntaria a personas naturales con una finalidad común, siempre que estas tengan la calidad de trabajadores independientes, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Título.

3. *Trabajador independiente:* Persona natural que realiza una actividad económica o presta sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo.

(Art. 2 del Decreto 3615 de 2005)

Artículo 3.2.6.3. ***Reglas para la afiliación colectiva de los trabajadores independientes***. Las entidades autorizadas para afiliar colectivamente a trabajadores independientes deberán someterse al cumplimiento de las siguientes reglas:

1. El recaudo de las cotizaciones se hará mes a mes. En consecuencia, las asociaciones o agremiaciones no podrán recaudar aportes por períodos superiores y las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral deberán consignarse en el mismo mes en que fueron recibidas.

2. Las entidades autorizadas para afiliar colectivamente a sus asociados o agremiados les exigirán que los aportes a la Seguridad Social Integral se realicen por períodos mensuales completos y sobre el ingreso base de cotización establecido en la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, teniendo en cuenta que, en ningún caso, el ingreso base de cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud puede ser inferior a la base de cotización para el Sistema General de Pensiones.

(Art. 4 del Decreto 3615 de 2005)

Artículo 3.2.6.4. ***Autorización***. El Ministerio de Salud y Protección Social autorizará a las agremiaciones y asociaciones para afiliar colectivamente a sus miembros al Sistema de Seguridad Social Integral, previa solicitud de su representante legal, la cual deberá cumplir con los requisitos señalados en el artículo siguiente.

Una vez autorizada la agremiación o asociación, el Ministerio de Salud y Protección Social notificará directamente a las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral sobre las entidades autorizadas para la afiliación colectiva de que trata el presente Título; de igual forma, las entidades administradoras deberán verificar mensualmente, la existencia y permanencia de las agremiaciones o asociaciones en el registro que deberá mantener actualizado el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 6 del Decreto 3615 de 2005)

Artículo 3.2.6.5. ***Requisitos para obtener la autorización***. Para obtener la autorización de que trata el artículo anterior, las agremiaciones y asociaciones deberán acreditar junto con la solicitud, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Copia de la personería jurídica en la que conste que es una entidad de derecho privado sin ánimo de lucro, constituida legalmente como mínimo con un (1) año de antelación, contado a partir de la fecha de presentación de la solicitud de autorización prevista en el artículo anterior y que durante ese año ha desarrollado el mismo objeto social.

2. Acreditar un número mínimo de quinientos (500) afiliados.

3. Listado actualizado de afiliados activos que deberá contener: nombre completo, identificación, ciudad, dirección de residencia, número de teléfono, fecha de afiliación a la asociación o agremiación, ingreso base de cotización, monto de la cotización, nombre de las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral a las que se encuentren afiliados o se vayan a afiliar, discriminando cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral.

4. Copia de los estatutos de la entidad.

5. Copia del reglamento interno en el que se señalen los deberes y derechos de los agremiados o asociados.

6. Acreditar mediante certificación expedida por el revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, la constitución de la reserva especial de garantía mínima de que trata el artículo 3.2.6.7. del presente decreto.

7. Establecer dentro de sus Estatutos, el servicio de afiliación colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral.

8. Certificación expedida por la entidad financiera en la que conste la inversión de los recursos de la reserva especial de garantía mínima, la cual deberá contener además, el nombre y NIT de la agremiación o asociación, el número de la cuenta, el valor y la destinación de la misma; o póliza de garantía de cumplimiento del pago de aportes a la Seguridad Social, de que trata el numeral 2 del artículo 3.2.6.7. del presente decreto.

9. Presentar actualizados los estados financieros de la entidad, donde se refleje la reserva especial de garantía mínima como un rubro de destinación específica y exclusiva para el pago de las cotizaciones de sus trabajadores independientes afiliados, cuando ésta se haya constituido a través de una entidad financiera conforme al artículo 3.2.6.7. del presente decreto

10. Acreditar un patrimonio mínimo de 300 salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin incluir la reserva especial de garantía mínima prevista en el artículo 3.2.6.7. del presente decreto.

La solicitud de que trata el artículo anterior deberá precisar a qué Sistema de Seguridad Social se afiliarán de manera colectiva sus trabajadores independientes miembros.

(Art. 7 del Decreto 3615 de 2005 modificado por el artículo 3 del Decreto 2313 de 2006; numerales 8 y 9 modificados por el artículo 1 del Decreto 2172 de 2009)

Artículo 3.2.6.6. ***Deberes de la entidad autorizada para la afiliación colectiva.*** Son deberes de las agremiaciones y asociaciones autorizadas para afiliar colectivamente trabajadores independientes, los siguientes:

1. Inscribirse como tales, ante las respectivas entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral.

2. Garantizar a sus afiliados la libre elección de las entidades administradoras de los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Pensiones.

3. Informar al afiliado sobre el carácter voluntario de la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.

4. Afiliar a los agremiados que así lo decidan, a la entidad administradora de riesgos laborales seleccionada por la agremiación.

5. Convocar periódicamente y cuando se requiera a sus trabajadores independientes afiliados, con el fin de facilitar la capacitación y la asesoría que debe brindar la ARL.

6. Establecer con la ARL respectiva, actividades, planes, programas y acciones de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo de sus trabajadores independientes afiliados.

7. Reportar a la ARL dentro del término de dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia o al diagnóstico según sea el caso, los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales de sus trabajadores independientes afiliados.

8. Pagar con recursos de la reserva especial de garantía mínima, las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral cuando el afiliado se encuentre en mora.

9. Informar a sus agremiados o asociados sobre los derechos y deberes que se adquieren al afiliarse de forma colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral.

10. Adelantar los trámites administrativos de afiliación y reporte de novedades del trabajador independiente y sus beneficiarios.

11. Suscribir las certificaciones que requiera el trabajador independiente para afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral.

12. Colaborar en la verificación de la documentación que acredita la condición de beneficiario del cotizante, antes de su remisión a la entidad administradora del Sistema de Seguridad Social Integral.

13. Colaborar con el afiliado para obtener el pago de las prestaciones económicas respectivas a que tenga derecho.

14. Llevar las estadísticas de los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales de los trabajadores independientes afiliados.

15. Tener 2.000 afiliados en un período no superior a dos (2) años, contados a partir de la fecha de la autorización a que se refiere el artículo 3.2.6.4 del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 3615 de 2005 modificado por artículo 4 del Decreto 2313 de 2006)

Artículo 3.2.6.7. ***Reserva Especial de Garantía Mínima.*** Para efectos de obtener la autorización de que trata el artículo 3.2.6.4 del presente decreto, las agremiaciones y asociaciones deberán acreditar la constitución de una reserva especial de garantía mínima de trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para los primeros quinientos (500) afiliados, y por cada afiliado adicional al número mínimo definido en el presente Artículo, deberán prever permanentemente, el valor de las cotizaciones de dos (2) meses a cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentren afiliados los trabajadores independientes de manera colectiva.

Esta reserva especial de garantía mínima, deberá constituirse a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:

1. En entidades financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia en instrumentos de alta seguridad, liquidez y rentabilidad. Cuando los recursos de la reserva especial de garantía se inviertan en cuenta de ahorro, éstos deberán estar consignados en una sola cuenta que registre la totalidad de la reserva de acuerdo con el número de afiliados y el valor, dependiendo de cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentren afiliados los trabajadores independientes de manera colectiva.

   Los rendimientos financieros de la reserva especial de garantía mínima, deberán destinarse para el fortalecimiento de la misma.

   El manejo de la reserva especial de garantía mínima a través de entidades financieras se debe reflejar en los estados financieros de la entidad, como un rubro de destinación específica y exclusiva para el pago de las cotizaciones de sus agremiados o asociados.

2. En compañías de seguros legalmente autorizadas para funcionar en el país, vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, mediante la constitución de una póliza de garantía de cumplimiento del pago de aportes a la Seguridad Social, cuyo valor asegurado debe corresponder a trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para los primeros quinientos (500) afiliados y por cada afiliado adicional al número mínimo definido en el presente Artículo, deberán prever permanentemente el valor de las cotizaciones de dos (2) meses a cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentren afiliados los trabajadores independientes de manera

colectiva. La póliza tendrá como beneficiarios a las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral, a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores independientes en forma colectiva y una duración por el tiempo que el tomador de la misma mantenga la autorización de afiliación colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral otorgada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. En el evento que los afiliados entren en mora en el pago de aportes, las agremiaciones o asociaciones deberán, a través de las alternativas de que trata el presente Artículo, garantizar el pago en forma oportuna de las cotizaciones con cargo a la reserva especial de garantía mínima. Si se agotara dicha reserva, el Ministerio de Salud y Protección Social cancelará la autorización a la agremiación o asociación."

(Art. 9 del Decreto 3615 de 2005 modificado por el artículo 2 del Decreto 2172 de 2009)

Artículo 3.2.6.8. ***Recursos de la reserva especial de garantía mínima***. Las agremiaciones o asociaciones, podrán recibir donaciones con destino a la reserva especial de garantía mínima, con el fin de contribuir en el valor del aporte del afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral.

Asimismo, podrán reducir el aporte de sus agremiados o de sus asociados, financiándolo con sus recursos, siempre y cuando, se garantice la reserva especial de garantía que trata el artículo anterior.

Parágrafo. La agremiación o asociación podrá cobrar una contribución económica a cada afiliado para efectos de sufragar los gastos administrativos en que incurran por la afiliación colectiva, hasta por un monto equivalente al 25% de un salario mínimo mensual legal vigente, en un período de un año, de acuerdo con la periodicidad establecida en los estatutos o reglamentos de la agremiación o asociación. Estos recursos no harán parte de la reserva especial de garantía mínima.

(Art. 10 del Decreto 3615 de 2005)

Artículo 3.2.6.9. ***Cancelación de la autorización.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, cancelará la autorización de que trata el artículo 3.2.6.4 del presente decreto a las agremiaciones o asociaciones que dejen de cumplir con uno o varios de los requisitos exigidos para obtener la autorización, o cuando se demuestre que estas promueven o toleran la evasión o elusión de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

(Art. 11 del Decreto 3615 de 2005)

Artículo 3.2.6.10. ***Requisitos para la afiliación del trabajador independiente.*** Para los efectos de la afiliación de que trata el presente capítulo, el trabajador independiente deberá acreditar ante las entidades administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral, su vinculación a una agremiación o asociación mediante certificación escrita expedida por la misma.

Parágrafo 1. La vinculación del trabajador independiente a cualquiera de las agremiaciones o asociaciones que cumplan las funciones establecidas en el presente capítulo, no constituye relación o vínculo laboral.

Parágrafo 2. El trabajador independiente que voluntariamente quiera afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales, debe estar previamente afiliado a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Pensiones.

(Art. 3 del Decreto 3615 de 2005 modificado por el artículo 1 del Decreto 2313 de 2006)

Artículo 3.2.6.11. ***Afiliación Colectiva en el Sistema General de Riesgos Laborales.*** La afiliación colectiva al Sistema General de Riesgos Laborales deberá realizarse de conformidad con el artículo 2.2.4.2.1.7. del Decreto Único del Sector Trabajo, Decreto 1072 de 2015.

(Art. 7 del Decreto 2313 de 2006)

Artículo 3.2.6.12. ***Obligatoriedad de enviar información.*** Las agremiaciones y asociaciones están obligadas a suministrar trimestralmente al Ministerio de Salud y Protección Social, la siguiente información:

1. Relación actualizada de afiliados.

2. Certificación expedida por el revisor fiscal, contador o representante legal según corresponda, a través de la cual se acredite que se mantiene la reserva especial de garantía mínima de que trata al artículo 3.2.6.7 del presente decreto.

Cuando la reserva especial haya sido constituida mediante una póliza de garantía de cumplimiento del pago de aportes a la Seguridad Social, deberá certificarse que la misma se encuentra vigente y su valor asegurado ampara las cotizaciones de dos (2) meses a cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentran afiliados los trabajadores independientes de manera colectiva.

(Art. 12 del Decreto 3615 de 2005 modificado por el artículo 3 del Decreto 2172 de 2009)

Artículo 3.2.6.13. ***Congregaciones Religiosas.*** Para efectos de la afiliación de los miembros de las comunidades y congregaciones religiosas al Sistema de Seguridad Social Integral, estas se asimilan a las asociaciones.

Para efectos de la afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral, los miembros de las comunidades y congregaciones religiosas, se asimilan a trabajadores independientes.

Parágrafo 1. A las comunidades y congregaciones religiosas no les será exigible la acreditación del número mínimo de afiliados, ni el establecimiento del servicio de afiliación colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral dentro de sus estatutos.

Parágrafo 2. Para efecto de la afiliación de los miembros de comunidades y congregaciones religiosas, estas deberán acreditar un patrimonio mínimo de

trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes cuando el número de miembros religiosos sea de 150 o superior; si el número de religiosos es inferior a 150, el patrimonio a acreditar deberá ser de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin que en ninguno de los dos eventos se deba incluir la reserva especial de garantía prevista en el al artículo 3.3.1.7 del presente Título.

Parágrafo 3. La reserva especial de garantía mínima de que trata el artículo 3.2.6.7 del presente decreto deberá constituirse por cada miembro de la comunidad o congregación y deberá prever permanentemente, el valor correspondiente a dos (2) meses de cotizaciones a cada uno de los Sistemas de Seguridad Social Integral a los que se encuentren afiliados de manera colectiva.

Parágrafo 4. El patrimonio y la reserva especial de garantía mínima podrán ser constituidos y acreditados por una persona jurídica diferente a la que solicita la autorización, siempre y cuando sea también de naturaleza religiosa y sin ánimo de lucro, posea Número de Identificación Tributaria (NIT) y tenga establecida dentro de las actividades que desarrolla, la afiliación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los religiosos pertenecientes a la entidad que solicita la autorización para que sus miembros religiosos se afilien y paguen por intermedio de esta los aportes.

En este caso, el Ministerio de Salud y Protección Social autorizará a la entidad solicitante para que la afiliación y pago de los aportes al Sistema se efectúe por intermedio de quien constituye y acredita el patrimonio y la reserva.

(Art. 13 del Decreto 3615 de 2005 modificado por el artículo 1 del Decreto 692 de 2010)

Artículo 3.2.6.14. ***Disposiciones complementarias.*** Los aspectos no regulados en el presente Título, se regirán por lo dispuesto para los trabajadores independientes en las normas que regulan los Sistemas Generales de Salud, Pensiones y Riesgos laborales.

PARTE 3
ACREDITACIÓN DE SUPERVIVENCIA

Artículo 3.3.1 ***Objeto.*** La presente Parte tiene por objeto regular el procedimiento y competencias establecidas en los artículos 21 y 22 del Decreto-ley 019 de 2012, para efectos de la acreditación de la supervivencia dentro del territorio nacional y la de los connacionales en el exterior.

(Art. 1 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.2 ***Ámbito de aplicación.*** La presente Parte se aplicará, para efectos de verificar la supervivencia de una persona, a las siguientes entidades y personas:

1. Las entidades del Sistema de Seguridad Social Integral.

2. Las entidades públicas y los particulares que ejercen funciones administrativas relacionadas con la seguridad social y con el subsidio familiar, como son las cajas de compensación familiar y a las entidades que reconocen y/o pagan pensiones públicas.

3. Las personas naturales y jurídicas que tengan a su cargo el pago de pensiones con recursos privados y cuenten con un número igual o superior a cincuenta (50) pensionados.

(Art. 2 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.3 ***Consulta a través del ministerio de salud y protección social.*** Las entidades y personas señaladas en el ámbito de aplicación de la presente Parte podrán verificar la supervivencia de las personas consultando la información de la base de datos del Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil, a través del aplicativo del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.4 **Artículo 4o.** ***Especificaciones técnicas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las especificaciones técnicas que deben cumplir las entidades para adelantar la consulta al aplicativo de información de este Ministerio, el cual cuenta con la información de la base de datos del Registro Civil de Defunción.

(Art. 4 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.5 ***Integridad de la información.*** La información del aplicativo del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social que se pone a disposición de las entidades destinatarias de la presente Parte corresponderá íntegramente a la información que para tal efecto sea suministrada por la Registraduría Nacional del Estado Civil y solo podrá ser utilizada para los fines establecidos en el artículo 21 del Decreto-ley 0019 de 2012.

En consecuencia y de conformidad con los artículos 3 y 16 de la Ley 1266 de 2008, cualquier diferencia, inconsistencia, inconformidad, modificación en la información de la base de datos del Registro Civil, deberá ser corregida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, en su calidad de fuente de información.

(Art. 6 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.6 ***Consulta a través de La Registraduría Nacional del Estado Civil.*** Las entidades distintas de las establecidas en el artículo 3.3.2 del presente decreto deberán verificar la supervivencia de las personas, a través de los mecanismos que para tal efecto disponga la Registraduría Nacional del Estado Civil.

(Art. 7 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.7 ***Procedimiento para la acreditación de la supervivencia de connacionales fuera del país.*** De acuerdo con lo señalado en el artículo 22 del Decreto-ley 019 de 2012, cada seis (6) meses los connacionales que se encuentren

fuera del país deberán acreditar su supervivencia ante las entidades que forman parte del Sistema General de Seguridad Integral, de la siguiente manera:

1. Ante el consulado de la circunscripción donde se encuentra el connacional, caso en el cual, el Cónsul expedirá la constancia de fe de vida (supervivencia) y la enviará vía correo electrónico a la dirección que para tal fin informe la entidad de seguridad social pertinente, o

2. Ante autoridad pública del país donde se encuentre el connacional, que dará constancia de fe de vida (supervivencia). Esta constancia deberá ser apostillada o legalizada, según el caso y enviada por correo certificado o mensajería especializada a la dirección y dependencia que para tal fin determine la entidad de seguridad social pertinente.

(Art. 8 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 3.3.8 ***Presentación de connacionales fuera del país para la acreditación de su supervivencia.*** Para dar cumplimiento a lo señalado en el Parágrafo del artículo 22 del Decreto-ley 19 de 2012, si el connacional reside en un lugar en el cual no se cuente con oficina consular, o si contándose con dicha oficina el connacional no puede concurrir a ella por condiciones médicas o por otra fuerza mayor debidamente acreditada, la presentación a que se refiere el citado Parágrafo podrá surtirse con el procedimiento señalado en el numeral 2 del artículo anterior.

En los demás casos la presentación a que se refiere el citado Parágrafo se surtirá mediante el procedimiento señalado en el numeral 1 del artículo anterior.

(Art. 9 del Decreto 1450 de 2012)

LIBRO 4
DISPOSICIONES FINALES

PARTE 1
DEROGATORIA Y VIGENCIA

Artículo 4.1.1 ***Derogatoria integral.*** Este Decreto regula íntegramente las materias contempladas en él. Por consiguiente, de conformidad con el artículo 3 de la Ley 153 de 1887, quedan derogados todos los decretos de naturaleza reglamentaria relativos al Sector Salud y Protección Social que versan sobre las mismas materias.

Los actos administrativos expedidos con fundamento en las disposiciones compiladas en el presente decreto mantendrán su vigencia y ejecutoriedad bajo el entendido de que sus fundamentos jurídicos permanecen en el presente decreto.

Artículo 4.1.2 ***Excepción de comisiones y otras instancias.*** Quedan excluidas de la derogatoria integral prevista en el artículo anterior los decretos relativos a la creación y conformación de comisiones intersectoriales, comisiones interinstitucionales, consejos, comités, sistemas administrativos y demás asuntos relacionados con la estructura, configuración y conformación de las entidades y

organismos del sector administrativo de Salud y Protección Social, en particular y de manera enunciativa, las siguientes normas:

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPIGRAFE	ARTÍCULOS
DECRETO	2257	1986	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LOS TÍTULOS VII Y XI DE LA LEY 09 DE 1979, EN CUANTO A INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ZOONOSIS.	10, 11, 12 Y 13
DECRETO	413	1994	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN EL FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS.	TODOS
DECRETO	2226	1996	POR EL CUAL SE ASIGNA AL MINISTERIO DE SALUD UNA FUNCIÓN RELACIONADA CON LA DIRECCIÓN, ORIENTACIÓN, VIGILANCIA Y EJECUCIÓN DE LOS PLANES Y PROGRAMAS QUE EN EL CAMPO DE LA SALUD SE RELACIONEN CON LA TERCERA EDAD, INDIGENTES, MINUSVÁLIDOS Y DISCAPACITADOS	TODOS
DECRETO	1543	1997	POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y LAS OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)	46 a 54
DECRETO	1562	2002	COMISIÓN DE ACREDITACION Y VIGILANCIA DE LOS LABORATORIOS QUE PRACTICAN LAS PRUEBAS DE PATERNIDAD O MATERNIDAD CON MARCADORES GENÉTICOS DE ADN Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.	TODOS
DECRETO	2323	2006	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE LA LEY 9ª DE 1979 EN RELACIÓN CON LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.	10 y 11

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPIGRAFE	ARTÍCULOS
DECRETO	4690	2007	POR EL CUAL SE CREA LA COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL RECLUTAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES POR GRUPOS ORGANIZADOS AL MARGEN DE LA LEY.	TODOS
DECRETO	1730	2008	POR MEDIO DEL CUAL SE REGLAMENTAN LOS MECANISMOS DE ESCOGENCIA DE LOS REPRESENTANTES AL CONSEJO NACIONAL DE TALENTO HUMANO EN SALUD.	TODOS
DECRETO	2006	2008	POR EL CUAL SE CREA LA COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD	TODOS
DECRETO	2055	2009	POR EL CUAL SE CREA LA COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, CISAN.	TODOS
DECRETO	120	2010	POR EL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS EN RELACION CON EL CONSUMO DE ALCOHOL-COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA EL CONTROL DEL CONSUMO ABUSIVO DEL ALCOHOL	3, 4 y 5
DECRETO	2968	2010	POR EL CUAL SE CREA LA COMISION NACIONAL INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCION Y GARANTIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	TODOS
DECRETO	3951	2010	POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL SISTEMA NACIONAL DE DISCAPACIDAD	TODOS
DECRETO	4875	2011	POR EL CUAL SE CREA LA COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA – AIPI – Y LA COMISIÓN ESPECIAL DE SEGUIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA.	TODOS
DECRETO	540	2012	POR LA CUAL SE CREA LA COMISION INTERSECTORIAL PARA LA OPERACIÓN DEL SISTEMA DE REGISTRO UNICO DE AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD	TODOS

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE	ARTICULOS
			SOCIAL INTEGRAL Y DE PROTECCION SOCIAL	
DECRETO	1071	2012	POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS - CNPMD	TODOS
DECRETO	2562	2012	POR EL CUAL SE MODIFICA LA ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SE CREA UNA COMISIÓN ASESORA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES (COMISIÓN ASESORA DE BENEFICIOS, COSTOS, TARIFAS Y CONDICIONES DE OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD.)	10, 11, 12 y 13
DECRETO	2775	2012	POR EL CUAL SE ESTABLECE LA PLANTA DE PERSONAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.	TODOS
DECRETO	1973	2013	POR EL CUAL SE CREA LA SUBCOMISION DE SALUD DE LA MESA PERMANENTE DE CONCERTACION CON LOS PUEBLOS Y ORGANIZACIONES INDIGENAS	TODOS
DECRETO	2766	2013	POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA LEY 1502 DE 2011-PROMOVER CULTURA A LA SEGURIDAD SOCIAL	2, 3 y 4
DECRETO	618	2014	POR EL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL DECRETO 540 DE 2012 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.	TODOS
DECRETO	859	2014	POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL PARAGRAFO 1 DEL ARTICULO 7 DE LA LEY 1438 DE 2011- CREESE UNA COMISION INTERSECTORIAL DE SALUD PUBLICA Y REGLAMENTESE SU FINALIDAD	TODOS

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	N°	AÑO	EPIGRAFE	ARTÍCULOS
DECRETO	1953	2014	POR EL CUAL SE CREA UN RÉGIMEN ESPECIAL CON EL FIN DE PONER EN FUNCIONAMIENTO LOS TERRITORIOS INDÍGENAS RESPECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS PROPIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS HASTA QUE EL CONGRESO EXPIDA LA LEY DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 329 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA.	74 a 88.
DECRETO	2478	2014	POR EL CUAL SE CREA Y DETERMINAN LAS FUNCIONES DE UNA INSTANCIA DE COORDINACIÓN Y ASESORÍA DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	TODOS

Artículo 4.1.3 ***Excepción de reglamentos técnicos.*** De acuerdo con las consideraciones del presente decreto acerca de los reglamentos sobre calidad de los productos de que tratan las Leyes 170 de 1994 y 9 de 1979, y los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y 126 del Decreto Ley 019 de 2012, los mismos se exceptúan de la derogatoria integral prevista en el artículo 4.1.1 del presente decreto. En particular y de manera enunciativa, se excluyen de la derogatoria integral las siguientes normas:

TIPO DE NORMA	N°	AÑO	EPIGRAFE
DECRETO	**617**	**1981**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL TÍTULO V DE LA LEY 9 DE 1979 EN CUANTO A PRODUCCIÓN, PROCESAMIENTO, TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE LA LECHE
DECRETO	**2106**	**1983**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL TÍTULO V DE LA LEY 09 DE 1979 EN LO REFERENTE A IDENTIDAD, CLASIFICACIÓN, USO, PROCESAMIENTO, IMPORTACIÓN, TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE ADITIVOS PARA ALIMENTOS
DECRETO	**2162**	**1983**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL TÍTULO V DE LA LEY 09 DE 1979, EN CUANTO A PRODUCCIÓN, PROCESAMIENTO, TRANSPORTE Y EXPENDIO DE LOS PRODUCTOS CÁRNICOS PROCESADOS.
DECRETO	**1594**	**1984**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL TÍTULO I DE LA LEY 9 DE 1979, ASÍ COMO EL CAPÍTULO II, EL TÍTULO VI-PARTE 3-LIBRO 2 Y EL TÍTULO III DE LA PARTE 3-LIBRO 1- DEL DECRETO

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
			LEY 2811 DE 1974 EN CUANTO A USOS DEL AGUA Y RESIDUOS LÍQUIDOS
DECRETO	**2340**	**1984**	POR EL CUAL SE ACLARA EL DECRETO 1594 DEL 26 DE JUNIO DE 1984
DECRETO	**1601**	**1984**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LOS TÍTULOS III, V Y VII DE LA LEY 09 DE 1979, EN CUANTO A SANIDAD PORTUARIA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN NAVES Y VEHÍCULOS TERRESTRES
DECRETO	**1843**	**1991**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LOS TITULOS III, V, VI, VII Y XI DE LA LEY 09 DE 1979, SOBRE USO Y MANEJO DE PLAGUICIDAS
DECRETO	**1397**	**1992**	POR EL CUAL SE PROMUEVE LA LACTANCIA MATERNA, SE REGLAMENTA LA COMERCIALIZACION Y PUBLICIDAD DE LOS ALIMENTOS DE FORMULA PARA LACTANTES Y COMPLEMENTARIOS DE LA LECHE MATERNA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	**677**	**1995**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL RÉGIMEN DE REGISTROS Y LICENCIAS, EL CONTROL DE CALIDAD, ASÍ COMO EL RÉGIMEN DE VIGILANCIA SANITARIA DE MEDICAMENTOS, COSMÉTICOS, PREPARACIONES FARMACÉUTICAS A BASE DE RECURSOS NATURALES, PRODUCTOS DE ASEO, HIGIENE Y LIMPIEZA Y OTROS PRODUCTOS DE USO DOMÉSTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES SOBRE LA MATERIA
DECRETO	**695**	**1995**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 1843 DE 1991
DECRETO	**547**	**1996**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL TÍTULO V DE LA LEY 09 DE 1979, EN CUANTO A LA EXPEDICIÓN DEL REGISTRO SANITARIO, Y A LAS CONDICIONES SANITARIAS DE PRODUCCIÓN, EMPAQUE Y COMERCIALIZACIÓN, AL CONTROL DE LA SAL PARA CONSUMO HUMANO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES SOBRE LA MATERIA
DECRETO	**2091**	**1997**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 14 DEL DECRETO 677 DE 1995, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES SOBRE LA MATERIA
DECRETO	**2131**	**1997**	POR EL CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE PRODUCTOS CÁRNICOS PROCESADOS.
DECRETO	**219**	**1998**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LOS REGÍMENES SANITARIOS DE CONTROL DE CALIDAD, DE VIGILANCIA DE LOS PRODUCTOS

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
			COSMÉTICOS, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	337	1998	POR EL CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE RECURSOS NATURALES UTILIZADOS EN PREPARACIONES FARMACÉUTICAS, Y SE AMPLIA EL PLAZO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1º DEL DECRETO 341 DE 1997
DECRETO	698	1998	POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 23 Y 24 DEL DECRETO 547 DE 1996
DECRETO	1545	1998	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LOS REGÍMENES SANITARIOS, DEL CONTROL DE CALIDAD Y DE VIGILANCIA DE LOS PRODUCTOS DE ASEO, HIGIENE Y LIMPIEZA DE USO DOMÉSTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	1546	1998	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LAS LEYES 9ª DE 1979, Y 73 DE 1988, EN CUANTO A LA OBTENCIÓN, DONACIÓN, PRESERVACIÓN, ALMACENAMIENTO, TRANSPORTE, DESTINO Y DISPOSICIÓN FINAL DE COMPONENTES ANATÓMICOS Y LOS PROCEDIMIENTOS PARA TRASPLANTE DE LOS MISMOS EN SERES HUMANOS, Y SE ADOPTAN LAS CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE BIOMEDICINA REPRODUCTIVA, CENTROS O SIMILARES
DECRETO	1792	1998	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 677 DE 1995 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	459	2000	POR EL CUAL SE DICTAN NORMAS RELACIONADAS CON LOS PLAGUICIDAS GENÉRICOS
DECRETO	612	2000	POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS AUTOMÁTICOS O INMEDIATOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	549	2001	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DEL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA POR PARTE DE LOS LABORATORIOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS QUE SE IMPORTEN O PRODUZCAN EN EL PAÍS
DECRETO	60	2002	POR EL CUAL SE PROMUEVE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE ANÁLISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICO - HACCP EN LAS FÁBRICAS DE ALIMENTOS Y SE REGLAMENTA EL

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
			PROCESO DE CERTIFICACIÓN.
DECRETO	**2085**	**2002**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PARA OBTENER REGISTRO SANITARIO RESPECTO A NUEVAS ENTIDADES QUÍMICAS EN EL ÁREA DE MEDICAMENTOS.
DECRETO	**822**	**2003**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 96 DEL DECRETO 677 DE 1995
DECRETO	**2198**	**2003**	POR EL CUAL SE DEROGA EL INCISO 3° DEL ARTÍCULO 7º DEL DECRETO 1545 DE 1998
DECRETO	**2510**	**2003**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 13 DEL DECRETO 677 DE 1995 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	**3213**	**2003**	POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 11 Y 12 DEL DECRETO 1843 DE 1991
DECRETO	**162**	**2004**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 549 DE 2001
DECRETO	**481**	**2004**	POR EL CUAL SE DICTAN NORMAS TENDIENTES A INCENTIVAR LA OFERTA DE MEDICAMENTOS VITALES NO DISPONIBLES EN EL PAÍS
DECRETO	**919**	**2004**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN LAS DONACIONES INTERNACIONALES DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS
DECRETO	**2266**	**2004**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN LOS REGÍMENES DE REGISTROS SANITARIOS, Y DE VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO Y PUBLICIDAD DE LOS PRODUCTOS FITOTERAPÉUTICOS
DECRETO	**2350**	**2004**	POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y VIGILANCIA, DE LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR PRIONES, PRIORITARIAMENTE DE LA VARIANTE DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (VCJ)
DECRETO	**2493**	**2004**	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN PARCIALMENTE LAS LEYES 9 DE 1979 Y 73 DE 1988, EN RELACIÓN CON LOS COMPONENTES ANATÓMICOS
DECRETO	**3553**	**2004**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 2266 DE 2004 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	**3554**	**2004**	POR EL CUAL SE REGULA EL RÉGIMEN DE REGISTRO SANITARIO, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE LOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS PARA USO HUMANO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
DECRETO	3770	2004	POR EL CUAL SE REGLAMENTAN EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS Y LA VIGILANCIA SANITARIA DE LOS REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO PARA EXÁMENES DE ESPECÍMENES DE ORIGEN HUMANO
DECRETO	4003	2004	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA ELABORACIÓN, ADOPCIÓN Y APLICACIÓN DE REGLAMENTOS TÉCNICOS, MEDIDAS SANITARIAS Y FITOSANITARIAS EN EL ÁMBITO AGROALIMENTARIO
DECRETO	1737	2005	POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA PREPARACIÓN, DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, ETIQUETADO, ROTULADO Y EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS MAGISTRALES Y OFICINALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	2888	2005	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 1 DEL DECRETO 833 DE 2003
DECRETO	3050	2005	POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL EXPENDIO DE MEDICAMENTOS
DECRETO	4725	2005	POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL RÉGIMEN DE REGISTROS SANITARIOS, PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN Y VIGILANCIA SANITARIA DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA USO HUMANO.
DECRETO	616	2006	POR EL CUAL SE EXPIDE EL REGLAMENTO TÉCNICO SOBRE LOS REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA LECHE PARA EL CONSUMO HUMANO QUE SE OBTENGA, PROCESE, ENVASE, TRANPORTE, COMERCIALICE, EXPENDA, IMPORTE O EXPORTE EN EL PAÍS
DECRETO	1861	2006	POR EL CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA EL DECRETO 3554 DE 2004 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	3249	2006	POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA FABRICACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, ENVASE, ROTULADO O ETIQUETADO, RÉGIMEN DE REGISTRO SANITARIO, DE CONTROL DE CALIDAD, DE VIGILANCIA SANITARIA Y CONTROL SANITARIO DE LOS SUPLEMENTOS DIETARIOS, SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES Y SE DEROGA EL DECRETO 3636 DE 2005
DECRETO	3752	2006	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 2350 DEL 26 DE JULIO DE 2004 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES
DECRETO	4368	2006	POR EL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL DECRETO 1843 DE 1991

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
DECRETO	4562	2006	POR EL CUAL SE ADICIONA UN PARÁGRAFO AL ARTÍCULO 86 DEL DECRERO 4725 DE 2005
DECRETO	4664	2006	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 1737 DE 2005 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
DECRETO	1030	2007	POR EL CUAL SE EXPIDE EL REGLAMENTO TÉCNICO SOBRE LOS REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS SOBRE MEDIDA PARA LA SALUD VISUAL Y OCULAR Y LOS ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE SE ELABOREN Y COMERCIALICEN DICHOS INSUMOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
DECRETO	1500	2007	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL REGLAMENTO TÉCNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE CREA EL SISTEMA OFICIAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA CARNE, PRODUCTOS CÁRNICOS COMESTIBLES Y DERIVADOS CÁRNICOS DESTINADOS PARA EL CONSUMO HUMANO Y LOS REQUISITOS SANITARIOS Y DE INOCUIDAD QUE SE DEBEN CUMPLIR EN SU PRODUCCIÓN PRIMARIA, BENEFICIO, DESPOSTE, DESPRESE, PROCESAMIENTO, ALMACENAMIENTO, TRANSPORTE, COMERCIALIZACIÓN, EXPENDIO, IMPORTACIÓN O EXPORTACIÓN.
DECRETO	1575	2007	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA PARA LA PROTECCIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO.
DECRETO	3515	2007	POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN UNAS DISPOSICIONES SANITARIAS PARA LA IMPORTACIÓN Y VENTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN EL PUERTO LIBRE DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA Y SU INTRODUCCIÓN AL RESTO DEL TERRITORIO NACIONAL.
DECRETO	2490	2008	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL REGLAMENTO TÉCNICO SOBRE LOS REQUISITOS SANITARIOS QUE DEBEN CUMPLIR LOS ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS AL PROCESAMIENTO, ENVASE, TRANSPORTE, EXPENDIO, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE CARACOLES CON DESTINO AL CONSUMO HUMANO.
DECRETO	2964	2008	POR EL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL DECRETO 2838 DE 2006 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
DECRETO	2965	2008	POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 20, 21 Y 60 DEL DECRETO 1500 DE 2007 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
DECRETO	3863	2008	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 3249 DE 2006 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
DECRETO	4124	2008	ARTÍCULO 1O. MODIFICAR EL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 8O DEL DECRETO 3770 DE 2004
DECRETO	38	2009	POR EL CUAL SE ADICIONA UN PARAGRAFO AL ARTICULO 24 DEL DECRETO 4725 DE 2005
DECRETO	218	2009	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 12 Y 48 DEL DECRETO 1030 DE 2007. PLAN DE IMPLEMENTACION GRADUAL
DECRETO	272	2009	POR EL CUAL MODIFICA EL PARAGRAFO DEL ARTICULO 24 DEL DECRETO 3249 DE 2006, MODIFICADO POR EL ARTICULO 6 DEL DECRETO 3863 DE 2008, EN LAS ETIQUETAS Y ENVASES Y EMPAQUES Y EN LA PUBLICIDAD DE LOS SUPLEMENTOS DIETARIOS NO DEBERA PRESENTAR INFORMACION QUE CONFUNDA
DECRETO	426	2009	POR LA CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ARTICULO 31 DEL DECRETO 677 DE 1995
DECRETO	2380	2009	POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS DECRETOS 1500 DE 2007 Y 2965 DE 2008 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES PLANTAS DE BENEFICIO ANIMAL
DECRETO	3275	2009	POR EL CUAL MODIFICA EL ARTICULO 1 Y SE ADICIONA UN PARAGRAFO AL ARTICULO 18 DEL DECRETO 4725 DE 2005- REGULA EL REGIMEN DE REGISTRO SANITARIO
DECRETO	3525	2009	POR EL CUAL SE AUTORIZA Y SE DEFINEN LAS CONDICIONES PARA LA IMPORTACION DE CARNE DE ORIGEN BOVINO Y SUS PRODUCTOS PROCEDENTES DE CANADA
DECRETO	4131	2009	POR EL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL DECRETO 1500 DE 2007, MODIFICADO POR EL DECRETO 2965 DE 2008 Y 2380 DE 2009
DECRETO	4927	2009	POR EL CUAL MODIFICA EL ARTICULO 6 DEL DECRETO 2266 DE 2004, MODIFICADO POR EL ARTICULO 3 DEL DECRETO 3553 DE 2004- TODOS LOS LABORATORIOS QUE ELABOREN PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS DEBEN PRESENTAR DENTRO DE LOS TRES MESES SIGUIENTES BUENAS PRACTICAS
DECRETO	4974	2009	POR EL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL DECRETO 1500 DE 2007 MODIFICADO POR LOS DECRETOS 2965 DE 2008, 2380 Y 4131 DE 2009
DECRETO	1313	2010	POR LA CUAL SE FIJAN LOS REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS PARA AUTORIZAR IMPORTACIONES PARALELAS DE MEDICAMENTOS Y DISPISITIVOS MEDICOS
DECRETO	1673	2010	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 50 DEL DECRETO 616 DE 2006- RUTULACION D ELA

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
			LECHE EN POLVO EN PRESENTACION DE SACOS. COMO MATERIA PRIMA IMPORTADA
DECRETO	**2086**	**2010**	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO ACELERADO DE EVALUACION DE SOLICITUDES DE REGISTRO SANITARIO PARA MEDICAMENTOS POR RAZONES DE INTERS PUBLICO O SALUD PUBLICA
DECRETO	**1880**	**2011**	POR EL CUAL SE SEÑALAN LOS REQUISITOS PARA LA COMERCIALIZACION DE LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUMANO DIRECTO EN EL TERRITORIO NACIONAL
DECRETO	**3961**	**2011**	POR EL CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS TRANSITORIAS EN RELACION CON LAS PLANTAS DE BENEFICIOS Y DESPOSTE DE BOVINOS, BUFALINOS Y PORCINOS
DECRETO	**733**	**2012**	POR LA CUAL SE ESTABLECE LA PUBLICACION DE INFORMACION DE INTERES GENERAL SOBRE LAS SOLICITUDES DE EVALUACION FARMACOLOGICA Y DE REGISTRO SANITARIO PRESENTADAS ANTE EL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA
DECRETO	**917**	**2012**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 1500 DE 2007. MODIFICADO POR LOS DECRETOS 2965 DE 2008. 2380. 4131.4974 DE 2009 Y 3961 DE 2011Y PRORROGASE HASTA SEIS MESES
DECRETO	**1686**	**2012**	POR EL CUAL SE ESTABLECE EL REGLAMENTO TECNICO SOBRE LOS REQUISITOS SANITARIOS QUE SE DEBEN CUMPLIR PARA LA FABRICACION. ELABORACION. HIDRATACION. ENVASE. ALMACENAMIENTO. DISTRIBUCION. TRANSPORTE. COMERCIALIZACION. EXPENDIO. EXPORTACION E IMPORTACION DE BEBIDAS ALCOHOLICA DESTINADAS PARA CONSUMO HUMANO
DECRETO	**2270**	**2012**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL DECRETO 1500 DE 2007, MODIFICADO POR LOS DECRETOS 2965 DE 2008, 2380, 4131, 4974 DE 2009, 3961 DE 2011, 917 DE 2012 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.
DECRETO	**249**	**2013**	POR EL CUAL SE ESTABLECEN REQUISITOS PARA LA IMPROTACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS CRITICOS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PUBLICAS A TRAVES DE LA OPS
DECRETO	**318**	**2013**	POR EL CUAL SE ESTABLECE UNA MEDIDA SANITARIA PARA LA IMPORTACION DE CARNE DE CERDO

Continuación de Decreto *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*

TIPO DE NORMA	Nº	AÑO	EPÍGRAFE
DECRETO	**539**	**2014**	POR EL CUAL SE EXPIDE EL REGLAMENTO TECNICO SOBRE LOS REQUISITOS SANITARIO QUE DEBEN CUMPLIR LOS IMPORTADORES Y EXPORTADORES DE ALIMENTOS DESTINADOS PARA CONSUMO HUMANO Y SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA AHBILITAR FABRICAS DE ALIMENTOS UBICADS EN EL EXTERIOR
DECRETO	**590**	**2014**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 21 DEL DECRETO 539 DE 2014 Y COMIENZA A REGIR A PARTIR DE LA FECHA DE SU PUBLICACION Y RIGE A PARTIR DESPUES DE LOS 6 MESES
DECRETO	**1375**	**2014**	POR EL CUAL SE ESTABLECEN LOS REQUISITOS SANITARIOS PARA LA FABRICACION E IMPORTACION DE SUERO ANTIOFIDICOS Y ANTILONOMICOS DURANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA NACIONAL DE SALUD PUBLICA EN EL TERRITOPRIO NACIONAL
DECRETO	**1506**	**2014**	POR EL CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 42 DEL DECRETO 1686 DE 2012.
DECRETO	**1782**	**2014**	POR EL CUAL SE ESTABLECEN LOS REQUISITOS Y EL PROCEDIMIENTO PARA LAS EVALUACIONES FARMACOLÓGICA Y FARMACÉUTICA DE LOS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS EN EL TRÁMITE DEL REGISTRO SANITARIO
DECRETO	**1229**	**2015**	POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA PREPARACIÓN, DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, ETIQUETADO, ROTULADO Y EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS MAGISTRALES Y OFICINALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 4.1.4 ***Excepción normas periódicas de fijación de costos de supervisión y control.*** Se entienden excluidas del presente decreto y se exceptúan de la derogatoria integral del mismo, las normas expedidas anualmente por el Gobierno Nacional para establecer los costos de supervisión y control a favor de la Superintendencia Nacional de Salud y a cargo de sus entidades vigiladas.

Artículo 4.1.5 ***Normas suspendidas.*** No quedan cobijadas por la derogatoria integral prevista en el artículo 4.1.1 las disposiciones reglamentarias del sector Salud y Protección Social que a la fecha de expedición de este Decreto se encuentren suspendidas por la jurisdicción de lo contencioso administrativo, las cuales serán incluidas en caso de recuperar su eficacia jurídica.

Artículo 4.1.6 ***Vigencia transitoria.*** Los artículos 2.5.2.4.1.1, 2.5.2.4.1.2 y 2.5.2.4.1.3 del presente decreto mantendrán su vigencia en lo relacionado con las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, hasta tanto se expidan las condiciones financieras y de solvencia para este tipo de entidades.

(Art. 14 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 4.1.7 ***Vigencia.*** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, con excepción del Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 cuya vigencia estará condicionada a la expedición de las resoluciones de que tratan los parágrafos de los artículos 2.9.2.6.2.3, 2.9.2.6.3.5 y 2.9.2.6.3.7 de este decreto.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE
Dado en Bogotá D. C, a los 6 MAY 2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social